Rok XXXVII. Kraków 2. Lipca 1898. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.

O wartości odżywczej i leczniczej mleka, a w szczególności krakowskiego mleka potrójnego i podwójnego*)

podał

Dr. Roman Rencki,
asystent kliniki.

Jeżeli zdrowy ustrój ludzki do swego rozwoju i prawidłowego wykonywania funkcyj życiowych potrzebuje odpowiedniej, a dziś, dzięki rozwojowi fizyologii i chemii lekarskiej, dokładnie określonej ilości i jakości pokarmów, to nierównie większej wagi jest dyetetyka ustroju dotkniętego chorobą. Tam ilość i jakość pokarmów ma za cel dostarczać ustrojowi niezbędnych mu składników, by uchronić go od zniszczenia, a zachowując go przy ciągłej równowadze fizyologicznej, tem samem czynić odpornym na wszelkie wpływy szkodliwe; tu ma ona często obok tego zadanie wprost lecznicze. Pomimo ciągłego a niezaprzeczonego postępu medycyny, nie wiele posiadamy leków, któreby usunąć zdołały samą chorobę. Przeważna większość chorób pokonywaną bywa odpornością samego ustroju, któremu tylko nasze przetwory farmaceutyczne przychodzą z większą lub mniejszą pomocą.

Wszak podając ustrojowi dotkniętemu gruźlicą, jeden z tych dość licznych środków leczniczych — (których wzrastająca liczba świadczy tylko o ich wartości) — kładziemy główny nacisk, obok warunków klimatycznych, na odżywienie chorego, bo spodziewamy się, że z chwilą, kiedy uda nam się podnieść to podupadające odżywienie, i sam przebieg choroby będzie korzystniejszy. Mało się różni postępowanie nasze przy wielu innych stanach chorobowych; dość wspomnieć tylko choroby narządu pokarmowego, nerek lub wreszcie choroby zakaźne.

Dziś już zdanie, wypowiedziane przez Sydenhama, że wiele chorób leczy się samą dyetetyką, zostało powszechnie uznane; to też coraz więcej i pilniej zwracamy uwagę na racyonalne żywienie chorych, wiedząc, że tą drogą jesteśmy często w stanie wywrzeć rozstrzygający wpływ na przebieg choroby. Dzięki gruntownym pracom Liebiga, Voita, Chossata, a z nowszych Bauera, Biederta, Munka, Uffelmana i w. i., dyetetyka zdobyła sobie poczestne stanowisko w medycynie, a nauka o żywieniu jest już dzisiaj przedmiotem osobnych wykładów akademickich w uniwersytetach zagranicznych. I polskiej literaturze nie brak również prac poświęconych temu przedmiotowi, a wspomnieć tu należy prace Bulikowskiego, Jakubowskiego, E. Jaworskiej, Bujwida, Rajchmana, Papiewskiego, Kramsztyka i w. i.

Zdrowy organizm, dla utrzymania swego bytu, musi codziennie w pokarmach przyjmować pewną określoną ilość potrzebnych mu składników, a więc wodę, pewną ilość substancyj białkowatych, tłuszczu, wodników węgla, oraz soli nieorganicznych, które, razem wzięte, powinny przedstawiać pewną wartość kaloryjną, a ta, dla niepracującego, ważącego 65 klgr. człowieka, wynosi około 2200. Od ilości i stosunku wspomnianych składników, z których każdy dla siebie posiada odmienną wartość kaloryjną, zależy dobroć, czyli wartość odżywcza pokarmów i jest ona zmienną i różną dla każdego produktu spożywczego. I w ustroju schorzałym zależy nam zawsze na chronieniu go od samotrawienia, czyli na utrzymaniu równowagi fizyologicznej; ztąd też choremu musimy wszystkie potrzebne składniki dostarczyć, — często nawet w zwiększonej ilości.

Posiadamy obfitą ilość pokarmów stałych, odpowiadających wszystkim wymaganym od nich warunkom, z których wysokiej wartości kaloryjnej często z pożytkiem dla chorych chętnie korzystamy; lecz jakże często znajdujemy się w tem przykrem położeniu, że chorzy, wskutek zmniejszonego łaknienia, przyjmować ich nie chcą, a z drugiej strony czasem podawać ich nie możemy. Pokarmy bowiem analogicznie do leków, mają już dziś nie tylko swoje wskazania, ale i przeciwwskazania. Doświadczenie kliniczne poucza nas, że przeważna większość pokarmów stałych wpływa często bardzo niekorzystnie na schorzałe narządy, które raczej nam od wszystkich wpływów drażniących ochraniać należy, a wspomnę tu znowu o przewodzie pokarmowym. O wiele lepiej nadają się w tych przypadkach pokarmy płynne, które chorzy łatwiej i chętniej przyjmują, a powtóre znaczna ich część nietylko nie wpływa drażniąco na narządy, ale owszem — nieraz osłaniająco. Lecz z wyjątkiem jedynego mleka, wszystkim pokarmom płynnym brak dostatecznej ilości potrzebnych ustrojowi składników; wartość ich kaloryjna jest bardzo mała, a często prawie żadna. Ztąd to mleko tylko odgrywać może ważną i skuteczną rolę w żywieniu chorych, a przemawia za niem, dzięki zawartości potrzebnych organizmowi składników, i dostateczna wartość odżywcza, — dalej konsystencya płynna, a wreszcie działanie jego niedrażniące, a nawet osłaniające na wszystkie narządy. Musiało więc ono zdobyć sobie należne stanowisko w dyetetyce chorych. Że mleko nietylko jest w stanie dostarczyć ustrojowi składników niezbędnych do jego utrzymania, ale nawet rozwoju, to najlepszym dowodem niemowlęta, dla których mleko matki jest jedynym i najlepszym pokarmem; tego również dowodzą niektóre ludy, jak wie-

*) Odczyt wygłoszony w sekcyi lekarskiej Towarzystwa lek. galic. dnia 22 kwietnia br.

śniacy w Szwecyi i Beduini w Arabii, którzy żywią się prawie wyłącznie mlekiem.

Przeciętny skład odsetkowy mleka krowiego jest następujący: Substancyj białkowatych 3·5%, tłuszczu 3·6%, cukru mlecznego 4·8%, soli nieorg. około 0·7%. Ilość tych składników w 100 grm. odpowiada wartości kaloryjnej = 63; wartość więc jednego litra mleka równa się 630 kaloryom.

Zestawienie powyższe przekonywa nas o bardzo znacznej, jak na napój, wartości odżywczej mleka, bo równa się ona połowie wartości tej samej odważonej ilości mięsa. Ma jeszcze dalszą zaletę mleko, a mianowicie, jest ono pokarmem łatwo strawnym. Tłuszcz, który posiada największą wartość kaloryjną, znajduje się tu w nadzwyczaj delikatnej zawiesinie i jako taki, ulega bezpośredniemu wessaniu w jelitach, które ułatwia jeszcze jego nizki punkt topliwości. Cukier mleczny ulega wessaniu, rozpadając się poprzednio na swe pierwotne składniki: dekstrozę i galaktozę; użyty w większej ilości działa on przytem łagodnie przeczyszczająco i moczopędnie; ma nadto, według Albertoniego, działać hemotaktycznie na ciałka białe. Jeśli do tego dodamy dalszą własność cukru mlecznego, to jest zdolność powstrzymywania gnicia białka, to okaże się nie mała jego wartość w mleku. Sernik również łatwo jest przez żołądek i jelita znoszony. Mimo jednak wartości odżywczej i tych wspomnianych zalet mleka, nie wszyscy chorzy, jak poucza doświadczenie, znoszą je równie dobrze. Składa się na to kilka czynników. Jedni z powodu nieprzyzwyczajenia do mleka, a może uprzedzenia, wprost nie lubią mleka i wypraszają się od niego. Tu jednak poprawa smaku przez dodanie herbaty, koniaku lub araku, a w sprzyjających warunkach osobisty wpływ lekarza, łatwo opór pokonać mogą. Gorzej jest w tych przypadkach, gdzie chorzy nawet do mleka nieuprzedzeni, z powodu nadczułości żołądka, jak to ma miejsce n. p. u małych dzieci, doznają pewnych przypadłości, jak gniecenie, pełność, zgaga lub wzmożone pragnienie. Są one tu wynikiem samego zachowania się sernika w żołądku. Sernik bowiem, pod wpływem żołądkowego kwasu solnego, oraz zaczynu podpuszczkowego, strąca się w postaci grubych skrzepów, które zatrzymując się dłużej w żołądku, u osób wrażliwych, mogą już wywołać powyższe dolegliwości. W tych przypadkach sami chorzy starają się ulżyć sobie przez popijanie np. herbaty lub wody, bo przez to ułatwiają rozdrabianie zbitego sernika. Ten sam cel ma zalecane przez nas w tych przypadkach przegotowywanie mleka, lub mięszanie go z wodą zwykłą, lub mineralną, np. Szczawnicką, Emską, Selterską itd. Jeszcze lepszem okazuje się rozcieńczanie mleka kleikami: jęczmiennym, ryżowym itp.; bo w ten sposób, rozrzedzając sernik, tem skuteczniej przeszkadzamy ścinaniu się jego w żołądku w zbite bryły. I rzeczywiście sernik mleka gotowanego, a do tego odpowiednio rozcieńczonego, ścina się, jak o tem łatwo przekonać się możemy, wydobywając go w $^1/_2$—1 godziny z żołądka, tylko w drobnych strzępach, tem więc łatwiej i prędzej przedostaje się do jelit. Na tej zasadzie polega przygotowywanie mleka tzw. Gärtnerowskiego, które dla zbliżenia go składem do mleka kobiet, otrzymuje się przez rozcieńczenie go wodą dla zmniejszenia ilości sernika; poczem po dodaniu cukru mlecznego, przez centryfugowanie wzbogaca się go w potrzebną ilość tłuszczu. Liczne doświadczenia z tem mlekiem dały dobre wyniki (Gärtner, Papiewski i in.), a Doc. Dr. Raczyński, po dłuższem podawaniu dzieciom w klinice pedyatrycznej prof. Dra Jakubowskiego, tego mleka, dostarczanego przez krakowską mleczarnię E. Dobrzyńskiej, uznaje go za zupełnie odpowiednie nietylko do dokarmiania, ale także do wyłącznego żywienia niemowląt.

Drugim ważnym czynnikiem, który ujemnie wpływa na znoszenie mleka, jest jego wielka łatwość zakażania się drobnoustrojami. Mleko, pochodzące z gruczołów krów zdrowych, jest zupełnie jałowe, jednakowoż bardzo szybko zanieczyszcza się bakteryami i zawiera ich tem więcej, im więcej upłynęło czasu od chwili dojenia. (Bujwid). Pod wpływem bakteryj mleko, pomijając już wprost możebność wywołania zakażenia swoistymi zarazkami, ulega szybko kiśnieniu, którego następstwem bywają częste zgagi, odbijania, a wreszcie wzdęcie brzucha i biegunka.

Aby uwolnić mleko od tych zanieczyszczeń, a tem samem zapewnić możność dłuższego przechowywania w stanie niezmienionym, starano się przez odpowiednie postępowanie, uwolnić go od drobnoustrojów. Do tego dąży tzw. Pasteuryzowanie mleka, t. j. ogrzewanie go przez 20 minut do 68—69° C., oraz następowo nagłe oziębianie. W tej temperaturze giną prątki gruźlicy, błonicy, duru, cholery oraz większa część zwykle w mleku spotykanych bakteryj. W ten sposób przyrządzone mleko utrzymać się daje mniej więcej 3 doby. Jeśli chcemy mleko przez dłuższy czas przechowywać, to należy go wyjałowić przez ogrzanie do ciepłoty 110—115° C. Takie jednak mleko nabiera nieprzyjemnego smaku, dlatego odpowiedniejszem jest ogrzanie go dwukrotne do ciepłoty 95°—100°, gdyż już i w tej ciepłocie giną wszystkie zarodki, z wyjątkiem *baccillus subtilis*, który zresztą dla ustroju nie ma znaczenia.

W pewnych dość licznych stanach chorobowych, gdzie najchętniej chcielibyśmy pozostawić chorego na wyłącznie mlecznej dyecie, spotkać się możemy z trzecią trudnością w zastosowaniu mleka. Wynika ona z ilości, jakiej musielibyśmy użyć, chcąc dotkniętemu chorobą ustrojowi dostarczyć potrzebnej mu obfitości kaloryj. Wychodząc z założenia, że potrzebuje przeciętnie w spokoju będący ustrój o wadze 65 klgm. około 2200 kaloryj, to aby mu tę ilość zapewnić, musielibyśmy podać dziennie $3^1/_2$—4, a nieraz i więcej zwykłego mleka. Ilość ta jest zbyt dużą, by chory mógł ją znieść dobrze i to nieraz przez czas dłuższy. Obfita ilość strąconego w zbite bryły sernika nie dla każdego będzie obojętną; chcąc to mleko uczynić łatwiej strawnem przez odpowiednie rozcieńczenie, zwiększamy tylko niepotrzebnie ilość płynu, przy równoczesnem zmniejszaniu jego wartości odżywczej.

Tej niedogodności starano się już wielokrotnie zaradzić, chcąc podawać mleko w mniejszej ilości, a o większej wartości odżywczej. Lecz i mleko zgęszczone (kondensowane), uzyskane przez odparowanie mleka zwykłego w rozrzedzonem powietrzu, a następnie przez dodanie cukru trzcinowego, nie okazało się odpowiedniem swemu celowi, gdyż chorzy, przy dłuższem stósowaniu, nie znoszą go wcale. To samo powiedzieć można o śmietanie słodkiej, polecanej przez Nordena, Klemperera, która ze względu na swą obfitą, — zwykle jednak zmienną, — ilość tłuszczu, mogłaby się dobrze nadawać do żywienia chorych.

Szczęśliwą więc można nazwać myśl prof. Dra Jaworskiego, który uwzględniwszy powyższe ujemne strony mleka

zwykłego, wprowadził w użycie mleko wyjałowione o znacznej wartości kaloryjnej, a wolne od wad mleka zwykłego. Mleko to nazwał, stósownie do zawartości tłuszczu, „krakowskiem mlekiem potrójnem i podwójnem“ *(lac cracoviensis triplex v. duplex)*. Wyrobem tym zajęła się znana u nas firma krajowa mleczarni krakowskiej p. E. Dobrzyńskiej.

Przyrządzanie tego mleka odbywa się na zasadzie wyrobu mleka Gärtnerowskiego, w którem ilość białka jest niższa, niż w mleku zwykłem Mleko zwykłe, świeże rozcieńcza się wodą, następnie wycentryfuguje się śmietanę o pewnej zawartoś i tłuszczu, poczem po podaniu cukru mlecznego do 6%, poddaje się mięszaninę dwukrotnemu ogrzaniu do 95°—100° C.

Mleko potrójne krakowskie ma skład następujący: 10% tłuszczu, 1·8% białka, 6% cukru mlecznego i około 0·3% soli nieorganicznych; oddziaływanie jego obojętne, a. c. g. 1·021. Mleko podwójne zawiera 6·7% tłuszczu, 1·8% białka, 6% cukru i około 0·3% soli nieorganicznych. C. g. 1·027. Wartość więc kaloryjna 1 (500 grm.) flaszki mleka potrójnego = 618, a wartość jednej flaszki mleka podwójnego = 471.

Do wyżywienia więc potrzeba dziennie podać człowiekowi, dla utrzymania go w równowadze ciała, niespełna 2 litry mleka potrójnego, a 2½ litra mleka podwójnego. Ilości to niewielkie, a i te obniżyć można, dodając choremu 4—6 jaj dziennie.

Mleko to nadaje się również bardzo dobrze do mięszania z wodami mineralnemi, kawą, herbatą, a nadto służyć może do sporządzania takich potraw, jak kaszka, ryż na mleku itp.

Smak mleka o powyższym składzie jest wcale przyjemnym, a mniejsza zawartość sernika zbliża go do mleka Gärtnerowskiego, czyniąc go napojem pożywnym, łatwo strawnym i nie wywołującym przypadłości, spotykanych przy mleku zwykłem. Jeżeli do tego uwzględnimy, że mleko to jest dwukrotnie wyjałowione, to korzyści jakie ono nam dać może, są znaczne: wielka wartość kaloryjna, łatwa strawność, bezpieczeństwo od nabawienia się chorób zakaźnych, a wreszcie ta dogodność, że przez dłuższy nawet czas przechowanem być może.

Pod względem ekonomicznym mleko to przewyższa wszystkie sztuczne pożywki białkowate, jak peptony, eukazynę, nutrozę, lub wreszcie tak silnie reklamowaną somatozę. I one nie zawsze bywają dobrze znoszone, zwłaszcza gdybyśmy je chcieli podawać w potrzebnej ilości; a wysoka ich cena nie pozwala ich powszechnie stósować. Tak n. p. 100 grm. somatozy, które kosztują 3 złr. 50 ct., przedstawiają wartość kaloryjną 328; za tę zaś cenę 14 flaszek mleka potrójnego ma wartość 8650, a więc przeszło 26 razy większą. Nie korzystniej przedstawia się pepton Liebiga, a jeszcze gorzej pepton Dénayera.

Doświadczenia kliniczne wykonane przez prof. Jaworskiego w klinice lekarskiej krakowskiej z mlekiem potrójnem i podwójnem, wypadły nader dodatnio.

Wyniki swoje streszcza prof. Jaworski mniej więcej w sposób następujący: Tak chorzy jak i zdrowi przyjmują chętnie mleko wielokrotne, nie doznając uczucia pełności lub sytości, a nawet, przy mleku dwukrotnem, mają wzmożone łaknienie. Ilość podawanego mleka, do 2 litrów dziennie, nie sprawia biegunki, chyba tylko u osobników do niej skłonnych, a stolce przedstawiają się prawidłowo. Mleko wielokrotne, wydobyte z żołądka po upływie ⅓—1 godziny, okazuje się nie skrzepnięte, lecz w postaci śmietankowatej zawiesiny. Odżywienie chorych wśród spożywania mleka wielokrotnego poprawia się, a przeciętny przybytek na wadze wynosi około 1 klgrm. Jako zalety tego mleka podnosi prof. Jaworski przedewszystkiem stały jego skład chemiczny, przez co mamy możność dawkowania go jako leku, wielką wartość odżywczą, łatwe znoszenie go bez żadnych dolegliwości, oraz pewność w chronieniu się od zakażenia.

(Dokończenie nastąpi).

II. O formalnych przewinieniach lekarskich

podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 26).

Artykuł VII. austr. ustawy, z dnia 17. Grudnia 1862, opiewa: „kto w ciągu śledztwa karnego, przed jego ukończeniem i przed zużytkowaniem przy rozprawie głównej, ogłasza drukiem użyte w aktach dowody, zeznania świadków, znawców lub obwinionych, staje się winnym przekroczenia i ma być karany grzywną od 50 do 500 złr“. — Powyższe rozporządzenie wydaje się właściwie zbytecznem, ponieważ każdy, a tembardziej człowiek wykształcony, jakim jest lekarz, łatwo pojmie, iż przedwczesne rozgłaszanie szczegółów dochodzenia karnego, n. p. szczegółów przypadku sądowo-lekarskiego, budzącego naukowe zajęcie, może ujemnie wpłynąć na tok postępowania sądowego, udaremnić śledztwo, z góry sprawę przesądzić. Jeżeli, mimo istnienia powyższego przepisu, zdarza się, że tu i owdzie lekarz ogłosi drukiem przedwcześnie przypadek sądowo-lekarski, to nastąpić to może albo wskutek nieznajomości ustawy lub wskutek mylnej informacyi, n. p. mylnego zawiadomienia, iż dany przypadek sąd już ostatecznie rozstrzygnął.

Niemiecki kodeks karny orzeka w §. 278, jak następuje: „Lekarze, i inne do czynności leczniczych powołane osoby, które niezgodne z prawdą świadectwo o stanie zdrowia drugiego człowieka, dla użytku władz lub towarzystw ubezpieczenia, wbrew swej świadomości, wydają, będą karani więzieniem od miesiąca do 2 lat“. Podobnie opiewa §. 295 projektu nowego austr. kod. k. z r. 1889. Obecnie obowiązujący nas kodeks karny nie mieści podobnego ustępu, tyczącego się fałszywych świadectw lekarskich, które zatem podpadają pod ustępy orzekające o oszustwie (§. 201—205 i 461).

Świadectwa lekarskie rozmijają się nadto często z prawdą, a niema w tem nic niezgodnego z etyką, i nic karygodnego, jeźli mylność świadectwa pochodzi z mylnego rozpoznania stanu, co do którego wydaje się poświadczenie. Ale niestety jakżeż często wydaje się rozmyślnie przesadne, a zatem fałszywe świadectwa, w celach napozór drobiazgowych, n. p aby usprawiedliwić nieobecność ucznia w szkole, lub uwolnic go od obowiązku dłuższego uczęszczania do szkół Tego rodzaju świadectwa, jeźli już nie pociągają za sobą dotkliwszych skutków, to jednak zdolne są podkopać zaufanie i powagę stanu lekarskiego w oczach społeczeństwa.

Świadectwa te są niekiedy tak banalnie wystylizowane, że czynią ujmę autorowi. Dla przykładu wspomnę tylko o kilku podobnych znanych mi świadectwach. I tak jedno z nich, wydane przez młodego lekarza, poświadcza iż X. X. cierpi na nieżyt oskrzelowy, wobec czego wskazanym jest dla niego pobyt na południu; gdy atoli X. X. uległ przy egzaminie reprobacyi na kilka miesięcy, przeto usprawiedliwioną jest prośba jego, wystósowana do przełożonej władzy o pozwolenie składania ponownego egzaminu we wcześniejszym terminie; w drugiem poświadcza lekarz ordynujący w kartce pośmiertnej, że N. N. umarł z nieżytu oskrzelowego, mimo iż śmierć nastąpiła bez opieki lekarskiej, a zwłoki miały być poddane sekcyi policyjno-lekarskiej; świadectwo miało służyć jedynie w celu uwolnienia zwłok od sekcyi, niechętnie widzianej przez rodzinę zmarłego. W innym podobnym przypadku stwierdza lekarz na kartce pośmiertnej rozedmę płuc, jako przyczynę śmierci, a wykonana potem, z polecenia władzy, sekcya wykazuje ogólne posokowate zapalenie otrzewnej, w następstwie urazowego pęknięcia jelita. Israel doniósł o przypadku, w którym lekarz wydał kartkę pośmiertną, poświadczającą, że śmierć pewnego mężczyzny nastąpiła wskutek udaru mózgowego, mimo, iż denat pozbawił się życia rozmyślnie wystrzałem z broni palnej. Prokuratorya państwa skazała lekarza za przekroczenie zawodowego obowiązku. Lekarz wniósł odwołanie od wyroku, motywując je obowiązkiem dyskrecyi zawodowej; odwołanie to odrzucono z tego powodu, że obowiązek dyskrecyi nie zniewala bynajmniej do wydania na piśmie fałszywego świadectwa. Strassmann powiada, że najczęściej w p ł y w a j ą do władz doniesienia o wydaniu przez lekarzy fałszywych świadectw w przypadkach sporów małżeńskich, zdążających do uzyskania rozłączenia, a to tem bardziej, że obie strony wiodą te spory zwykle z największą zaciętością. I tak: nadprokuratorya wezwała go w jednym podobnym przypadku, jako znawcę, czy było prawdziwe lub nie, wydane przez Dra Z. świadectwo, na mocy którego rozłączająca się ze swym mężem żona, domagała się wyższych od niego alimentacyi. Mąż dowodził, że świadectwo Dra Z. jest rozmyślnie fałszywe, a celem poparcia swego twierdzenia przedstawił ze swej strony świadectwo Dra T. Świadectwo Dra Z., wydane 24. marca 1892 r., stwierdza u owej kobiety istnienie znacznej przepukliny pępkowej i silnie rozwiniętych żylaków, wskutek których to zboczeń uznaje ją za niezdolną do zarobkowania, tem samem przyznaje słuszność w domaganiu się jej od męża wyższych alimentacyj. Świadectwo Dra T. wydane 12 Marca 1895 r. stwierdza te same zmiany u owej kobiety, lecz w mniejszym stopniu, wobec czego nie uznaje jej za niezdolną do zarobkowania. Jakkolwiek właśnie to drugie świadectwo zdawało się Strassmannowi niezgodnem z prawdą, wydał on, na stósowne zapytania, orzeczenie tej treści, że nie może dojrzeć wyraźnej sprzeczności między oboma świadectwami, ponieważ sąd odnośnie do stopnia nasilenia zmiany patologicznej, oparty na podmiotowem zapatrywaniu się lekarzy, waha się zwykle w szerokich granicach; dolegliwości zaś połączone z powyższemi zmianami, mogą się okresowo nasilać lub słabnąć; ocena zdolności zarobkowania jest trudną; doświadczenie zaś poucza, że taka ocena w jednym i tym samym przypadku, wydana przez kilku lekarzy, bywa bardzo odmienną, a mimo to nie ma podstawy do poddawania w wątpliwość *bonae fidei* jednego z lekarskich znawców. Nietylko rozmyślne wydanie fałszywego świadectwa ulega karze, lecz także i niedbałe wydanie świadectwa, tj. wydanie poświadczenia o stanie zdrowia na podstawie samych wywiadów, a bez przedmiotowego stwierdzenia stanu zdrowia. I tak n. p. skazał Trybunał Sekwany lekarza na 500 franków odszkodowania i na koszta prawne za wydanie świadectwa, stwierdzającego uszkodzenia cielesne, na podstawie wyłącznie tylko wywiadów wrzekomo uszkodzonego, które się potem okazały fałszywemi.

Przyznać trzeba, że bardzo rzadko podlegają fałszywe świadectwa lekarskie sądowym dochodzeniom; w każdym jednak razie wykazanie takiego błędu jest dla znawców sądowych zadaniem nie tyle trudnem, ile w wysokim stopniu przykrem, bo zmusza ich do wyjawienia niemoralnego i poniżającego postępku własnego kolegi.

W najstarszych już pomnikach literatury lekarskiej znajdujemy uwagi i rady udzielane lekarzom, aby w pełnieniu swego zawodu postępowali wedle zasad etyki. I tak domagał się Charaka, aby „myśl, słowo i umysł cały lekarza zajęte były, w chwili badania chorego, tylko chorym i jego położeniem“, a Susruta odzywa się znów do lekarza w te słowa: „musisz się wyrzec miłości i nienawiści, zazdrości i gniewu, lenistwa, podstępu i pożądliwości. Lekarz powinien unikać wszelkiej poufałości z kobietami, a powinien być pięknym, dobrze zbudowanym i pociągającym, poważnym bez przesady, uprzejmym i rozsądnym, jego mowa powinna być łagodną i dodającą otuchy, jak mowa przyjaciela, serce jego czyste i szlachetne; powinien być wzorem skromności i trzeźwości, a chorych swych powinien kochać więcej niż rodzeństwo, przyjaciół i rodziców. Można się obawiać brata, matki, lub przyjaciela, nigdy zaś lekarza“.

W księgach uczniów Hippokratesa, o dobrem zachowaniu się, są liczne wzmianki, odnoszące się do moralnego zachowania się lekarza; z oburzeniem wspomina się tam o tych lekarzach, którzy przez popularne i napuszyste wykłady usiłują sobie zjednać klientelę, lub przez poniżającą pożądliwość kalają cześć stanu lekarskiego. Według ich zdania nauki lekarskie „prowadzą do poszanowania względem bogów, a do miłości względem ludzi“.

Jakkolwiek zasady powyższe przynoszą zaszczyt ich autorom, i tym, którzy się do nich stosowali, jednak, conajmniej, wydaje się wątpliwem, czy wszyscy lekarze w starożytności ich przestrzegali. Że w obecnej dobie wykraczają lekarze przeciw zasadom ogólnej etyki, nie może zadziwiać, skoro w każdym stanie znajdą się tacy, których poczucie moralne nie zawsze stoi na wysokości ich powołania. Z uczynków niemoralnych, jakich się może dopuścić lekarz z natury swego zawodu, należy wymienić, oprócz wydawania fałszywych świadectw, zbrodnie spędzenia płodu, zhańbienia i nierządu z kobietami, powierzającemi się jego opiece, wreszcie rubaszne i nieludzkie obejście się z chorymi.

Spędzenia płodu dopuszczają się lekarze coraz częściej, jak o tem poucza doświadczenie, zebrane w wielkich miastach; rzadko atoli stają się te przypadki o tyle głośnymi, żeby dochodziły do wiadomości władz. Częściej natomiast staje lekarz pod zarzutem zhańbienia lub nawet zgwałcenia chorej kobiety, która zasięgała u niego porady. Na szczęście nie często zarzut ten okazuje się w późniejszem śledztwie uzasadnionym; częściej natomiast pada lekarz ofiarą

własnej nieoględności, a przewrotności chorych denuncyantek. Strassmann powiada w tym względzie, że „stan lekarski podziela ze stanem duchownych i nauczycieli ten smutny przywilej, że szczególnie często stoi pod nieusprawiedliwionym zarzutem wrzekomo popełnionych zbrodni płciowych. Jakżeż często zdarza się, że lekarz, badając dokładnie chorą uważa za stósowne zbadać także części płciowe i czyni to po uzyskaniu przyzwolenia ze strony chorej, która go potem obwinia o zhańbienie, a nawet o zgwałcenie. Te fałszywe obwinienia lekarzy, przez własne ich pacyentki, wynikają z chorobowej lub rozmyślnej przewrotności. I tak histeryczki obwiniają swych lekarzy z chorobowej przewrotności o gwałty płciowe, zaś kobieta przewrotna zamierza dla siebie wymusić na lekarzu pewne materyalne korzyści, zapomocą groźby fałszywego obwinienia o gwałt jej zadany. Jak daleko sięga przewrotność tych kobiet, dowodzą między innemi spostrzeżenia Fourniera, który opowiada o sztucznych afekcyach, wywołanych rozmyślnem pokaleczeniem i obrażeniem własnego sromu, celem tem pewniejszego upozorowania słuszności swej skargi.

Ażeby ujść podobnym nieusprawiedliwionym obwinieniom, powinien lekarz postępować z choremi oględnie, t. j. z właściwą stanowi godnością i chłodem, nie powinien dać się unieść namiętności i pokusie, a zwłaszcza wówczas, gdy zachowanie się chorej jest wyzywającem. Najlepiej dałoby się zapobiedz fałszywym obwinieniom o gwałty płciowe, gdyby lekarz, zmuszony zbadać chorą *ad genitalia*, dokonał tego badania w obecności bezstronnych świadków, n. p. kogoś z otoczenia chorej. Niestety, nie zawsze to możliwe, a często domaga się chora, aby badanie odbyło się bez świadków. Za przykład, jak doniosłemi są w następstwach podobne fałszywe obwinienia, niech posłuży przypadek Strassmanna: młoda niedokrewna i dziedzicznie obciążona dziewczyna utopiła się, zaraz po wyjściu od lekarza, który wykonał u niej zabieg operacyjny w nosie, przy miejscowem znieczuleniu zapomocą kokainy. Denatka pozostawiła list, w którym oświadczyła, że lekarz jest powodem jej śmierci. Wobec tego wdrożono śledztwo w kierunku gwałtu płciowego, dokonanego wrzekomo na dziewczynie przez lekarza, w czasie zabiegu operacyjnego. Atoli sekcya zwłok denatki nie wykazała śladów defloracyi, ani ciąży; wobec czego udowodniono, że obwinienie lekarza było nieuzasadnionem, a wynikło z chwilowego zamroczenia umysłu, wywołanego u dziewczyny anemicznej, najprawdopodobniej ostrem zatruciem kokainą. Doświadczenie bowiem i znane w literaturze spostrzeżenia dowodzą, że podobne fałszywe obwinienia wynikają często ze złudzeń zmysłowych, wywołanych omdleniem badanej kobiety lub też narkozą, jakiej lekarz używa w celu bezbolesnego wykonania badania lub zabiegu leczniczego. I tak n. p. wspomina Kidd o przypadku, tyczącym się pewnej dziewczyny, która zemdlała w chwili, gdy jej lekarz wprowadził do pochwy wziernik; lekarz chcąc ją ocucić, zbliżył do jej nosa flaszeczkę z silnem wonidłem, poczem dziewczyna odzyskała przytomność. Uważając atoli owe wonidło za chloroform, obwiniła lekarza, że ją uśpił i w tym stanie zgwałcił. Richardson zaś wspomina o przypadku, tyczącym się pewnego dentysty, którego obwiniła pewna dama o zgwałcenie w czasie, kiedy była uśpiona chloroformem, jakkolwiek uśpienia i zabiegu dokonano w obecności ojca i matki skarżącej, oraz wobec asystenta niewinnie obwinionego dentysty.

Celem uniknięcia podobnych nieuzasadnionych obwinień powinien lekarz stósować środki odurzające lub hipnozę zawsze w obecności świadków, najlepiej w obecności otoczenia pacyentki, zasięgającej u niego rady i pomocy.

Oppenheim, wspominając o środkach, których wolno użyć przy zabiegach lekarskich, mówi, że środki te nie powinny być niezwyczajne, jak n. p. czynne znieważenie lub spółkowanie z chorą, cierpiącą na podniecenie płciowe.

Czasem zdarza się, że lekarz uniósłszy się gniewem lub straciwszy cierpliwość z chorym, wahającym się poddać zabiegowi leczniczemu, uderza go lub czynnie znieważa. Skutki podobnego uniesienia się lekarza mogą być dlań podwójnie dotkliwe, a to naprzód są w stanie go zniesławić i pozbawić zaufania pacyentów, powtóre mogą nań ściągnąć odpowiedzialność karno-sądową. Przed wprowadzeniem narkozy i innych sposobów znieczulenia chorego, celem wykonania zabiegu bezboleśnie, mieli operatorowie używać urazów mechanicznych, jako środka odurzającego, z pomyślnym skutkiem; zwyczaj ten atoli, sam w sobie surowy i nie licujący z powagą stanu lekarskiego, upada obecnie, skoro rozporządzamy całym szeregiem przetworów znieczulających. Nie ulega wątpliwości, że lekarz znajduje się nieraz wobec chorego w położeniu, które go wyprowadza z równowagi umysłowej; ma to miejsce najczęściej, jeżeli lekarz ma wykonać choćby najlżejszy zabieg u dziecka kilkoletniego. Jeżeli weźmiemy pod rozwagę, że n. p. 7-letni pacyent, któremu lekarz zamierza wyciąć migdałki, przeciąć ropień, wydobyć zęba itd., niesfornem i niespokojnem zachowaniem się może się narazić na mimowolne uszkodzenie narzędziem operatora, a lekarz, mimo perswazyi, nie może go uspokoić, jeźli się zważy, że scena taka rozgrywa się w szpitalu lub w ambulatoryum, gdzie lekarz nie może tracić wiele czasu nad jednym chorym, to przyzna każdy, że uniesienie się lekarza i czynne zgromienie przezeń niesfornego pacyenta, jakkolwiek niestósowne, a nawet karygodne, daje się przecież wytłómaczyć. Strassmann, wezwany przez sąd do złożenia orzeczenia w sprawie lekarza, którego obwiniono o bezprawne kilkakrotne wymierzenie policzka 9-letniemu chłopcu, wzbraniającemu się w poliklinice otworzyć usta dla wycięcia migdałka, podniósł w obronie obwinionego te właśnie wyżej omówione okoliczności, wskutek czego sąd dalszych dochodzeń przeciw lekarzowi zaniechał. Nie zawsze atoli da się taka porywczość lekarza usprawiedliwić. I tak n. p. skazano w ostatnich czasach w Kassel lekarza za to, że chorą, znajdującą się w jego lecznicy, usiłował laską i batem zmusić do zaprzestania krzyku z powodu urojonych bólów; również i w przypadku, podanym przez Haeblera, uległ lekarz karze za błąd w technice lekarskiej, oraz za niewłaściwe skarcenie 3—4-letniego chłopca uderzeniem w twarz i pośladki, z powodu niespokojnego zachowania się przy wydobywaniu ciała obcego z zewnętrznego przewodu słuchowego. Odnośnie do podobnych karceń cielesnych pamiętać trzeba i o tem, że może ono sprowadzić natychmiastową śmierć skarconego, nawet choćby samo skarcenie żadnych lub bardzo nieznaczne zostawiło ślady, jak otarcie naskórka lub powierzchowny siniec. Coraz więcej mnożą się spostrzeżenia, tyczące się nagłej śmierci nawet po nieznacznym urazie fizycznym lub psychicznym u dzieci i u dorosłych, dotkniętych tak zwanym *status thymicus vel lymphaticus Paltaufa*. I tak Haberda opisał w roku zeszłym przypadek nagłej śmierci młodego

człowieka, który, po krótkiej bójce w szynku, wyparty za próg, bez przyczyny zakończył życie, a sekcya wykazała jedynie znamiona tak zw. *status thymici*. W roku ubiegłym sekcyonowaliśmy podobny przypadek, tyczący się młodej służącej, wrzekomo zabitej przez służbodawczynię; oprócz kilku otarć i jednego sińca na czole, nie wykazała sekcya żadnych zmian, oprócz cech *status thymici*, a przed kilku dniami uzyskaliśmy zwłoki młodej dziewczyny, otrutej w zamiarze samobójczym fosforem, u której śmierć nastała niezwykle szybko, bo w przeciągu pierwszej doby (wobec czego zmiany anatomiczne były jeszcze bardzo mało wybitnemi), jak się zdaje dlatego, że była dotknięta wybitnym *status thymicus*. Powyższe przypadki zalecają zatem wielką oględność, tem bardziej, że nie da się przewidzieć, czy chory nie jest dotknięty stanem podobnym, czy zatem nasze szorstkie obejście, lub znieważenie go, nie pociągnie za sobą nagłej śmierci, za którą, chociaż nie odpowiemy w obliczu prawa, jako za zabójstwo, w każdym jednak razie uczynimy sobie zarzut podobny, choćby we własnem sumieniu.

Z sprawą karcenia i znieważania łączy się pytanie, czy lekarz ma prawo używać w pewnych przypadkach środków przymusowych względem chorego, lub wrzekomo chorego, czyli udającego chorobę? Nie będę się dłużej nad sprawą tą rozwodził, gdyż rozstrzasnął ją wszechstronnie Blumenstok, a z tego miejsca mogę tylko co najwyżej przypomnieć ostateczne jego wnioski, z którymi każdy lekarz, czy wolno praktykujący, czy sądowy, czy wojskowy zgodzić się musi. Z wniosków tych ostatni powinien być dewizą naszą, a opiewa on: „do użycia środków gwałtownych, dla badanego przykrych, sprawiających mu ból, nadwerężających choć przemijająco zdrowie jego, lub pozbawiających go przytomności, lekarz nigdy i nigdzie nie ma prawa, a postępowaniem takiem kompromituje nietylko siebie, ale i stan lekarski. Żadna ustawa, żaden przepis nie nakłada na lekarza obowiązku posługiwania się takimi środkami dla wykazania symulacyi; lekarz więc nie powinien być mniej ludzkim od ustawodawcy. Natomiast — u nas przynajmniej — lekarz, wywołujący środkami badawczymi nadwerężenie zdrowia u człowieka badanego, mógłby być pociągniętym do odpowiedzialności".

Przekroczenia ustaw, stojących na straży moralnego zachowania się lekarzy, czyli omówione powyżej formalne błędy lekarskie, wymagają tylko w wyjątkowych przypadkach oceny i wyjaśnień ze strony znawców sądowych, jak to bowiem Krahmer zauważył „sami sędziowie przypisują sobie zdolność rozpoznawania błędu, popełnionego w tym kierunku". A jeźli zdarzy się właśnie taki wyjątkowy przypadek, który wymaga wyjaśnień ze strony znawcy lekarskiego, to zadanie jego jest w wysokim stopniu przykrem i trudnem. Z jednej bowiem strony widzi przed sobą kolegę, który popadłszy w konflikt z obowiązującą ustawą, żąda od niego pomocnej ręki, aby ujść dotkliwym nieraz następstwom swego błędu, z drugiej zaś strony, pomny na świętość złożonej przysięgi, widzi się jako znawca zmuszonym do wydania sądu przedmiotowego, bez względu na doniosłość jego następstw dla obwinionego kolegi. Nadto wielka wyrozumiałość w wydaniu oceny może ściągnąć na znawcę co najmniej zarzut stronniczości, zarzut niepowołanej zamiany roli znawcy na rolę obrońcy. Najlepiej, zdaje mi się, postąpi znawca przy podobnej ocenie, jeźli, rozpatrzywszy się w materyale danego przypadku dokładnie i wszechstronnie, poda ją z surową a sprawiedliwą oględnością.

Najlepiej atoli byłoby, gdyby w myśl zasady „quod contra bonos mores, nec facere posse credendum" w istocie nie dało się nawet pomyśleć o wykroczeniu lekarza przeciw etyce i ustawom, gdyby lekarz stał zawsze na stanowisku przyjaciela cierpiącej ludzkości, niezdolnego do czynu, któryby mógł narazić jego cześć choćby tylko na cień podejrzenia.

Literatura:

1) Wachholz. Uwagi nad oceną sądowo-lek. tak zw. „błędów w sztuce". *Przegl. lek.*, 1896, Nr. 36—38. 2) Krahmer: *Handb. der ger. Med.* II. Aufl. Braunschweig, 1857. 3) D. J. D. Metzgera: Zasady medycyny sądowej. Z 5. wyd. przełożył M. Mianowski, Wilno, 1823. 4) Brouardel: Le secret médical. Paris, 1893. 5) Idem. Les procès en responsabilité médicale. *Ann. d'hyg. publ.*, 1897, T. 38, Nr. 5. 6) Sonnenberg: Dyskrecya lekarska. *Medycyna*, 1895. 7) Placzek: Das Berufsgeheimniss des Arztes. Leipzig, 1898. 8) Blumenstok: Czy lekarz ma prawo użycia środków przymusowych i t. d. *Medycyna*, 1874. Nr. 5 i 6. 9) Strassmann: Zur Lehre von den Gefahren des ärztlichen Berufes. *Aerztliche Sachverständigen-Zeitung*. 1898, Nr. 1. 10) Haeser: Geschichte der Medicin. Jena, 1875. 11) Schlegtendal: Das Berufsgeheimniss des Arztes *Zeitschr. f. Med.-Beamte* 1895, Nr. 17. 12) Haebler: *Vierteljschr f. ger. M.*, 1898, Z. 2. 13) Hofmann: Lehrb. d. ger. Med. VIII. Aufl. 1898 itd.

III. Kilka słów o badaniu i leczeniu zeza towarzyszącego

podał

Dr. Karol Brudzewski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 26).

Z chwilą usunięcia zboczenia zapomocą operacyi, wstępuje lekarz w szereg usiłowań terapeutycznych, przedsiębranych dla wyleczenia zezu, jak stereoskop i ćwiczenia obuoczne, mające na celu utrwalenie wyników, bądź to szkłami samemi, bądź to otrzymanych drogą operacyjną, przyczem okulary, poprawiające niemiarowość (ametropię), zostają w swych prawach i nie powinny być usuwane. Stereoskop, wynaleziony przez Wheastonea, złożony z ustawionych pod kątem zwierciadeł, udoskonalony przez Brewstera, Javala i używany do ćwiczeń stereoskopowych, wprowadzony został do terapii okulistycznej przez Du Bois Reymonda około r. 1850. Jednakże nie cieszył się wielkiem uznaniem. Javal jednakże wydobywszy go z zapomnienia i wprowadziwszy całą zawikłaną metodę w życie, zamierzał leczyć nim wszystkie zezy z pominięciem terapii chirurgicznej. Jednakże udało mu się bez operacyi osięgnąć efekt zupełny na 400 przez siebie opisanych obserwacyj zaledwie w kilku przypadkach; a i tu zachodzi pytanie, czy te przypadki nie należały do szeregu tych zezów, które już pod szkłami, po dłuższym lub krótszym czasie, byłyby ustąpiły. Jego leczenie wymaga ogromnego zasobu cierpliwości tak od lekarza, jak i od pacyenta; a czas trwania leczenia jest tak długi (Javal sam podaje, że tyle czasu trzeba na ćwiczenia, ile upłynęło od powstania zezu) że niema mowy, aby się w praktyce przyjęło. Stereoskop używany do ćwiczeń, po operacyi jedynie cel mających, jest stereoskop Brewstera; przyrząd ten wcale nie skomplikowany. Jestto pudełko znanego ogólnie kształtu stereoskopu, z dwoma otworami dla oczów, głębokie na mniej więcej 14 ctm., bez pryzmatów, które inne

mają przeznaczenie; w to pudełko można wstawiać w otworach dla oczów soczewki o sile odpowiadającej żądanym warunkom. Jeśli do takiego stereoskopu włożymy obrazki, przeznaczone do zjednoczenia (fuzyi), rozstawione tak, że ich odległość równa się odległości źrenic, a w otwory dla oczów wstawimy soczewki, mające właśnie ogniskową równą głębokości pudełka, t. j. 14 ctm. tj. 7 D, to jeśli obserwujący jest emetrop, wtedy tylko może on zjednoczyć obrazki, jeśli przy zupełnie zwolnionej akomodacyi linie widzenia są równoległe. Ametrop naturalnie, musi mieć szkła poprawiające bądź to jako okulary, bądź to wstawione w ramki otworów przeznaczonych dla oczów, dodane do szkieł pierwotnych. Ażeby ćwiczenia obuoczne mogły wogóle jakikolwiek skutek odnieść, niezbędną rzeczą jest dwuwidzenie. To też dlatego o niem wspominano i wskazano sposoby jego wywołania, gdyż ono ma wielkie znaczenie w rokowaniu przed operacyą, — wielkie znaczenie lecznicze po operacyi. To też gdyby po operacyi samoistnie nie wystąpiło, należy je wszelkimi możliwymi sposobami wywołać. Cała terapia polega na osiągnięciu kilku objawów: mianowicie wywołania obrazków zdwojonych, t. j. widzenia oboma oczami, dalej połączenia ich w jeden obraz, i wreszcie wywołania uczucia wymiaru trzeciego, wymiaru głębi, czyli widzenia obuocznego w ścisłem słowa znaczeniu, widzenia stereoskopowego. Sposób poniżej podany jest dość pierwotny: w miarę, jak więcej będzie w użyciu, okaże on zapewne liczne braki; zależnie od przypadków, które się przecież generalizować nie dadzą, dozna on prawdopodobnie licznych przeobrażeń praktycznych. Niemniej przeto ważną jest rzeczą znać nić przewodnią tych ćwiczeń, znajdujących się coraz to częściej na ustach autorów.

Dość często, a szczególnie w zezach dynamicznych, rozbieżnych można znaleźć, pomimo istniejącego dwuwidzenia pewną przestrzeń w polu patrzenia, w której badany łączy sam oba obrazki. Przestrzeń ta może być bardzo dobrze punktem wyjścia ćwiczeń; chodzi tylko o to, aby ją rozciągnąć na całe pole widzenia obuocznego. Dobre usługi oddają przytem drobne ruchy głowy, zbieżność bowiem rośnie przy patrzeniu w dół, maleje zaś przy patrzeniu w górę. Ruchami głowy można to bardzo dobrze zastąpić. To też dając w ręce pacyentowi świeczkę i szkło barwne, możemy mu polecić, aby i bez kontroli lekarza usiłował sam jednoczyć widzenie podwójne odpowiednimi ruchami głowy i zwolna to pojedyncze widzenie oboma oczyma rozciągać na całe pole patrzenia. Że późniejsze jednowidzenie jest rzeczywiście obuoczne, przekonać się można pryzmatem, kątem łamiącym w dół lub górę ustawionym, który, jeśli oboma oczami widziano pojedynczo, wywoła ściśle pionowe obrazki zdwojone: stwierdzenie zjednoczonego widzenia dwuocznego w ogóle. Główna jednak część zadania przypada ćwiczeniom stereoskopowym. Często się zdarza, że mimo istniejącego dwuwidzenia samoistnego, albo łatwego jego wywołania, ćwiczący się nie może zauważyć w stereoskopie 2-ch obrazków i widzi z początku zwykle tylko obrazek zdrowemu oku odpowiadający. Należy tedy zwrócić uwagę jego na obrazek drugi; najlepiej zakrywając i odkrywając szybko oko zdrowe. Są to pierwsze podstawy, które nieraz kilka posiedzeń zajmują, i za każdym razem na początku ćwiczeń muszą być powtarzane. To dwuwidzenie w stereoskopie należy tak długo wywoływać, aż chory sam bez naszej pomocy zauważy je po pewnym czasie, który dla każdego przypadku jest różny i z góry oznaczyć się żadną miarą nieda. Wybór obrazków, użytych do tych ćwiczeń, nie jest obojętny; w handlu znajdują się bowiem liczne, zupełnie nielogicznie wykonane obrazki, które nawet przy zupełnie prawidłowem widzeniu dwuocznem trudno połączyć się dadzą. Najlepsze dla tych ćwiczeń są obrazki podane przez Alfölda, Javala, lub Landolta, przedstawiające przeważnie figury matematyczne, uszeregowane od najprostszych do dość zawiłych. Z chwilą, gdy ćwiczący się widzi dobrze dwa obrazki w stereoskopie, należy, aby je usiłował połączyć w jeden. Tutaj żadnej pomocy dać mu nie można, gdyż to łączenie jest aktem psychicznym; najwyżej, gdyby odległość obrazków była zbyt wielka, można, przeciąwszy kartony, zbliżyć o tyle, aby ćwiczącemu się zjednoczenie obrazków ułatwić. Dobre są w tym celu szeregi Javala o różnej rozwartości obrazków. Jeśli to się udaje przy małej ich odległości, należy je zwolna rozsuwać, powtarzając to przy każdem ćwiczeniu, aż wreszcie zwolna dojdzie się do ustawienia odpowiadającego rozstawieniu źrenic; przy zbytniej rozbieżności postępowanie jest odwrotne. Najlepiej, jeśli to stopniowe rozsuwanie robi sam pacyent, powtarzając zawsze próbę, jak tylko występuje dwuwidzenie. W tym samym celu można użyć pryzmatu ruchomego Cretesa, zmniejszając stopniowo siłę kąta aż do zera.

Oprócz rysunków geometrycznych nadają się dobrze do tego samego celu fotografie architektoniczne, ale o ostrych zarysach. Gdy ćwiczący się łatwo już obrazki te łączy, należy zacząć na nowo od najprostszych i zwrócić mu uwagę, czy nie widzi różnicy w głębokości. Nieraz pacyent sam, bez zwracania szczególniejszej uwagi, spostrzega różnicę głębokości i widzi głębię lub wypukłość; lecz zasadniczo te ćwiczenia są najmozolniejsze. Wybór obrazków powinien być staranny; najlepiej używać szeregów kręgów, które zjednoczone dają wyobrażenie stożków wydrążonych, zwróconych bądź to wklęsłością, bądź to wypukłością ku patrzącemu. Należy objaśnić przytem ćwiczącego się, która część złączonego obrazka wydawać się mu powinna więcej, a która mniej oddaloną.

Gdy i ta część ćwiczeń do żądanego celu doprowadzi, jesteśmy u kresu ćwiczeń; chodzi tylko o utrwalenie wyniku terapii, co się osiąga, powtarzając ćwiczenia tygodniami przy użyciu coraz to więcej zawiłych obrazków, aż ćwiczący się bez trudu i zaraz jest w stanie bez omyłki widzieć plastycznie. Że się widzenie obuoczne rzeczywiście wytworzyło, można stwierdzić doświadczeniem Heringa z spadającemi kulkami. Ten tylko potrafi dawać odpowiedzi bez pomyłek, kto ma dobre widzenie obuoczne, jeśli doświadczenie wspomniane dobrze zostało wykonane i przedmiot wpatrywania (fiksowany), nitka lub cienki drucik, jest dobrze oświetlony, tak samo jak i kulki padające, by badany nie mógł się światłem lub cieniem oryentować, czy kulki padają przed, czy za nitką. Twierdzenie autorów, że doświadczenie Heringa udaje się i wtedy, gdy badany ma tylko jednooczne widzenie, nie jest prawdziwe. Badany może zgadywać, oryentując się światłem lub cieniem, szczególniej gdy doświadczenia nie zrobiono dokładnie; ale między odpowiedziami dobremi poda tyle błędnych, że z tego można się już przekonać, czy widzi dobrze obuocznie.

Zarzut, że widzenie obuoczne, wywołane z pomocą ste-

reoskopu, tylko podczas ćwiczeń się utrzymuje, pozatem zaś chory ma tylko widzenie jednooczne tak, jak było przed operacyą, może być o tyle słusznym, że odnosił się do przypadków leczonych tenotomią. Tam, jak wspomniano, poza ustawieniem równoległem osi ocznych, występują pewne braki przy ruchach pośrednich, szczególnie zbieżnych, które rzeczywiście wprost mechanicznie mogą być w niekorzystnych dla widzenia obuocznego warunkach, zatem przy niedowidzeniu udaremnić wszelkie wysiłki. Jednakże, po antepozycyi dobrze wykonanej, ruchy oczu są prawidłowe, przeszkód mechanicznych ani dynamicznych niema; zatem oczy mogą każde od nich wymagane ustawienie łatwo, bez nadmiernego wysiłku, zachować. Raz wywołane i następnie ćwiczone widzenie obuoczne pozostaje i staje się jedyną później przeszkodą przeciw powrotowi zezu, bez której operowany nie miałby żadnych cugli do powodowania i normowania ruchów gałek. Widzimy jednak, że podstawą do tego jest widzenie podwójne, bez którego nawet zacząć ćwiczeń nie można; bo i w jaki sposób, jeśli tylko jedno oko spostrzega obrazki do patrzenia podane? To też tak antepozycya mięśni jak i ćwiczenia tam tylko mogą mieć cel, i tam tylko powinny być stosowane, gdzie na podstawie istniejącej diplopii przypuścić wolno, że osiągniemy widzenie obuoczne; we wszystkich innych razach, gdzie tego niema, cel jest li tylko kosmetyczny i wybór rodzaju operacyi jest zupełnie dowolny.

Nieraz zdarza się, choć to już do rzadkości należy, że obok widzenia podwójnego jest fałszywa projekcya, n. p. obok jeszcze istniejącej zbieżności jest podwójne widzenie skrzyżowane, odpowiadające ustawieniu oka pooperacyjnemu. Landolt przypuszcza, że w tych razach wytworzył się pewien rodzaj drugiej plamki żółtej, funkcyonalnej, która owe nieprawidłowe widzenie podwójne wywołuje. Ale to widzenie podwójne zwykle samo po pewnym czasie ginie, aby zrobić miejsce podwójnemu widzeniu zwykłemu i ćwiczenia iść mogą swym zwykłym torem. Czy ten sposób operowania i te ćwiczenia się w ogólnej praktyce przyjmą, to przyszłość okaże; dotychczas mało są w użyciu, bo zbytnio obciążają lekarza pracą, a może i dlatego, że choćby się i lekarz na nie zdecydował, nie zawsze posiada cały, do tego potrzebny przyrząd. Potrzeba, aby optycy do pudeł ze szkłami, dla badania bystrości wzroku, dołączali i stereoskop, a do prób druku szeregi obrazków stereoskopowych, aby gdy są potrzebne, były zaraz pod ręką; wtedy nie jeden z lekarzy sprobuje i tego środka. W ten sposób prędko weszły w użycie szkła walcowate (cylindryczne), które Donders swego czasu kazał dołączać do szkatułek ze szkłami. W każdym razie nie należy całego tego zmodyfikowanego postępowania w zezie z góry potępiać, jak to wielu autorów zrobiło, może dlatego, że postępowanie to nieco niewygodne i długie idzie innymi torami niż obecne, utarte i wygodne drogi lecznicze.

Paryż, w kwietniu 1898.

Bibliografia

(Wobec kolosalnej literatury przytaczamy tylko najważniejsze prace wydane po pojawieniu się dzieła zbiorowego: Graefe i Sämisch, Handbuch der gesammten Augenheilkunde).

Abadie: 1) De l'operat. du strabisme: Soc. fr. d'Opht 1888. 2) Operat. du strabisme: Arch. d'Opht. 1888. †Ayres: Lunettes portées par un enf: The amer. Jour. of. Ophth. 1893. Bourgeois: Traitem. oper. du strab: Recueil d'Ophth. 1895. †Bull: Rapport on 612 cas. of. squint op: The trans. of. Amer. Ophth. Soc. 1896. Bielochowsky: Neuer App. zur Mess. des Schielwink: Heidelberg Gesell 1897. †Bieloff: A propos du strabisme: Wiestn. Ophth. 1891. Czermak: Augenoperationen 1897. Chauvel: Etudes ophthalm: Recueil d'Ophth. 1895. Charpentier: Mesuration d'angle alfa. Ann. d'ocul. 1878. 2) Wecker et Landolt. Traité de Maladies des yeux 1880 I. Chevallerau: Astigm. et strab. converg: Soc. fr. d'Ophth. 1894. †Foulton: Congres. inter. a Washington. Graefe Alf: 1) Beiträge zur Kenntniss strab. Ablenk. i t. d. Graefe's Archiv. 1886. 2) Motilitätsstörungen 1880. 3) Ueber Fusionsbeweg. des Auges itd. Graef. Archiv. 1891. 4) Ueber die Wirkung. ect. Heidelb. Gesellsch. 1881. 5) Accomodation u. Convergenz. Graef. Arch. 1895. 6) Das Sehen der Schielenden 1897. Greff: 1) Phisiolog. Beobachtungen II. klin. Monatsbl. 1890. 2) Ueber des Sehen der Schielenden: klin. Monatsbl. 1896. Guillery: Über Ambl. der Schiel. Arch. f. Augenh. 1896. Grandelément: Simplif. de l'avanc. musc. Ann. d'Oc. 1893. Hirschberg; Beiträge zur Lehre v. Schielen itd. Centralblt. f. Aug. 1886. †Hansen Grut: 1) Beitr. zur Lehre der Patol. des Schielens itd. Nord. Ophth. Irdsskr. 1888. 2) Patogenese des conv. u. div. Schiel. Klin. Monatsbl. 1890. 3) Die Schieltheorien. Arch. f. Augh. 1894. †Iuler: Trait. oper. du Strab: Congr. de l'ass. med. Brit. 1881. †Johnson: Amblyop. ex anops: Tr. o. t. Amer. Opht. Soc. 1896. Krenchel: Theorie der Schieloperation. Graefe Archiv. 1873. Kugel: Extinction der Netzhautbilder. Graef. Arch. 1890. Kalt: Recherches anat. et phisiol. sur l'oper. du strab. Arch. d'Ophth. 1886. Kahn: Champs de fixat. monocul. Arch. d'Ophth. 1886. Kunn: Contribution à la théor. du strab. Rec. d'Ophth. 1897. Javal: 1) De la vision binoculaire. Annal. d'oc. 1881. 2) Trait. du strab: Academ. de Medec. 1886. 3) Strab. et stereoskop: Soc. fr. d'Ophth. 1890. 4) Manuel de strabisme 1896. †Lang et Barret: Du strab. converg. Royal. Sond. Ophth. Hosp. Jour. 1888. Lapersonne: Du strab. histerique 1891. Langleyze: Traitem. du strabisme itd. Arch. d'Ophth. 1892. Ledouble: Variations des muscles. Arch. d'Ophth. 1894. Landolt et Wecker: Traite compl. des mal. des yeux 1880. Landolt: 1) L'operation du strabisme Arch. d'Ophth. 1887. 2) Die Ursachen des Strabismus: Heidelb. Gesell. 1888. 3) La vision binocul. apres l'op. du strab. Arch. d'Ophth. 1888. 4) Le result. ideal de l'op. du strab. Soc. fr. de med. pr. 1889. 5) Etudes des mouv. des deux yeux. Arch. d'Opht. 1881. 6) De la strabotomie. Congr. d'Edimburg 1894. 7) Asthénop. muscul. Arch. d'Ophth. 1891. 8) Numérot. des verres prismat. Arch. d'Ophth. 1890. 9) Dosierung der Schieloperat. Arch. f. Augh. 1897. 10) Observations cliniq. Arch. d'Ophth. 1897. 11) L'Etiologie du strab. Arch. d'Ophth. 1897. Mayer: Rapport sur la vis. binocul. ect. i Dyskussya Soc. fr. d'Ophth. 1896. Maxwell: La précis. d'oper. du strab. Congr. Carlisle 1896. †Millingen: Operat. du strab. Centralb. f. Aug. 1893. Martin: De l'amblyop. congenit. Annal. d'Ocul. 1891. Motais: 1) Nouveau procéde dans la strabotom. Congr. d'Ophth. 1887. 2) Recherches sur l'anatom. hum. et comp. de l'appar. moteur d'oeil. 1886. I. 3) Observations anat. et phis. ect. Soc. d'Ophth. 1886. 4) Nouveau procéde oper. Academ. de med. 1890. 5) Théorie du strabisme et du traitem. Soc. d'Ophth. 1893. †Nimier: Quelq. remarq. sur l'acuité vis. Soc. d'Opht. 1890. †Ontengo: Rapport sur l'angle kappa. Ann. d'Ophth. 1893. Prouff: Etiologie du strab. concom. Soc. d'Ophth. 1889. Peters: Über Convergenzlähmung Centralbl. f. Augenh. 1889. Panas: 1) Elongation des muscles ect. Arch. d'Opht. 1896. 2) Sur elongation des muscles oc. Acad. d. med. 1896. Parinaud: 1) Paralysie de convergence. Soc. d'Ophth. 1886. 2) Sur le strabisme. Acad. d. scienc. 1890. 3) Considerat. gen. sur le strab. Ann. d'oc. 1891. 4) Modificat. second. de l'apareil. moteur du strab. Ann. d'ocul. 1892. 5) Traitem. du strab. Soc. fr. d'Ophth. 1893. 6) Stereoscopie — Annal. d'ocul. 1894. 7) La vision binoculaire. Ann. d'ocul. 1896. 8) Histoire de strabisme. Annal. d'ocul. 1896. 9) Relations funct. des deux yeux. Ann. d'oc. 1896. Reymond Du Bois fils: Über Schielmessung Centralbl. 1886. Schneller: 1) Studien über d. Blickfeld Graef. Arch. 1875. 2) Ergänzung zu den Studien ü. das Blickfeld. Graef. Archiv. 1876. 3) Beiträge zur Lehre vom Schielen. Graef. Archiv 1882. 4) Beiträge zur Theorie v. Schielen. Graef. Arch. 1890. 5) Zur Lehre zum Zusammensehen mit beiden Augen. Graef. Arch. 1892. Schmidt. Relative Fusionsbreite ect. Graef. Arch. 1893. †Schmidt-Rimpler: 1) La vision av. et apr. l'oper. du strab. Congr. de Rome 1894.

---

*) Prace oznaczone krzyżykiem, znane mi są tylko ze sprawozdań.

2) Zur Behandlung des Schielens. Deutsch. Mediz. Wochenschr. 1888. Schweigger: 1) Klin. Mittheilung über d. Schielen. Arch, f. Augh. 1881. 2) Die Erfolge der Schieloperation. Archiv für Augenheilk. 1894. †Snellen: Etiol. et terap. du str. conv. Brit. Med. Assot. 1887. †Schmidt-Pristley: The squnst operat. Opht. Rev. 1888. Straub: Beitrag zum Stud. der Amblyop. cong. Arch. f. Augh. 1896. †Schiötz: Beitrag zur Lehre von den Muscelp. Nord. opht. Irdskr. 1888. Stellwag u. Rhälmeun. Abhandlungen aus dem Gebiet der Augenheilk. †Segual: Aprop. de l'ambl. par non usage. Arch. d'Opht. 1894. Tscherning: 1) Theorie du str. de Hansen Grut. Ann. d'ocul. 1893. 2) Optique phisiologique (Le vis. binocul.) 1898. †Teobald: Amblyop. des yeux strab: Trans of. amer. Soc. 1887. Testut: Anatomie humaine (III.) 1897. †Thomas: Trois cas de str. avec dipl. anomal. The opht. Rev. 1895. Uthoff: Neue Bestimmung des Winkels itd. Klin. Monatsbl. 1886. Valude: Nouv. proc. d'avanc. musc. Ann. d'ocul. 1896. Vigues: Strab. traité par l'avanc. Soc. fr. d'Opht. 1896. Wecker: 1) Proportion de cas guerisables. Ann. d'oc. 1898. 2) Operations modernes du strab. Arch. d'Opht. 1896. 3) Strabometrie: Annal. d'ocul. 1896. 4) De la valeur térap. du div. procedé itd. Congr. d'Ophth. 1887. Vialet: La cure de strabisme ect. Archiv d'Opht. 1890. Wiers: La position de repos. Arch. d'Ophth. 1892. Wahlfors: Vom Schielen und seinen Ursachen. Arch. f. Aug. 1893. Weiss: 1) Das Schielen u. s. Spontanheil. Heidelb. Ges. 1893. 2) Ueber das Verhalten des Gesichtsfeld. des Sch. Heidelb. Gesell. 1897.

IV. Oceny i sprawozdania.

W. D. Moraczewski: **Składniki mineralne narządów ludzkich.** (Mineralbestandtheile der menschlichen Organe). *(Zeitsch. f. physiol. Chemie*, Tom 23, Z. 4—5, str. 483).

Praca powyższa jest zestawieniem i omówieniem analiz, które autor wykonał na świeżych narządach ciała ludzkiego. W dawniejszych pracach swoich udowodnił on, że w chorobach mineralne składniki ulegają zmianom. W niektórych przypadkach krew staje się bogatsza w sole wapniowe i chlorki; w innych razach, mimo wielkich ilości soli, zatrzymanych w ustroju, skład krwi nie ulega zmianom. Zatem sole nasycają inne narządy, nie tylko krew. Chodziło o wykazanie, czy pewne narządy pod tym względem zachowują się wybitnie, jak również o wykazanie, czy jakie choroby nie odznaczają się własnością szczególnego przesalania narządów.

Na oba pytania powiodło się autorowi odpowiedzieć, przyczem należało uwzględnić, obok zmian, występujących po śmierci, histologiczny skład tkanek. Wyniki były wobec tego nie zbyt wyraźne. O ile sądzić można z analiz zestawionych, niedokrewność najwięcej usposabia do zatrzymywania chloru, gdyż narządy zmarłych na tę chorobę były najbogatsze w chlorki. Zauważono różnicę w składzie narządów u chorych, którzy zmarli na raka przez zagłodzenie, i tych, u których powodem śmierci była bezkrwistość, wywołana przez raka. Porównywano niedokrewność po chorobie, z niedokrewnością, wywołaną przez krwotok. Wreszcie analizowano narządy zmarłych na zapalenie płuc, choroby powodującej wybitnie zatrzymanie chlorków. We wszystkich przypadkach analizowano narządy, pochodzące z trupa płci męskiej i trupa płci żeńskiej, aby wykluczyć wpływ płci. Badano ilościowo azot, chlor, fosfor, wapno, części stałe i składniki wyciągowe. Szczegółowe zestawienie wyników zajęłoby zawiele miejsca, dlatego odsyłamy do oryginału tych, którzy bliżej z pracą zapoznać się życzą. *M.*

W. D. Moraczewski: **Przemiana materyi w cukrzycy.** (Stoffwechselversuch bei Diabetes melitus. *Centralbl. für innere Medicin*, 1897, Nr. 36, p. 1. Stoffwechselversuch bei Diabetes mellitus. *Zeitschr. für klinisch Medicin*, 1898, Tom 34, Z. 1—2, str. 1).

W pierwszej z powyżej wymienionych prac autor badał przemianę materyi w dwóch przypadkach cukrzycy. W drugiej, stósował leczenie cukrzycy solami.

I. Zbadawszy ilościowo pożywienie chorego na zawartość azotu, chloru, fosforu i wapna, autor podawał mięszaną dyetę w ciągu ośmiu dni dwom chorym, którzy cierpieli na cukrzycę bez powikłań. W obu przypadkach brano w rachubę skład kału i ilość wydzielonego cukru. W moczu oznaczano ilościowo mocznik, zasady ksantynowe (metodą autora), amoniak, azot, chlor, siarkę, fosfor i wapno. Badano w okresie pożywienia mięszanego i w okresie ściśle mięsnej dyety.

Okazało się z wyników, że chorzy wydzielają nadmiernie wapno, fosfor i chlor, pomimo zatrzymania azotu w ustroju. Obok tego wydzielali chorzy obficie amoniak. Zasady ksantynowe wydzielane były obficiej w okresie dyety mięszanej.

II. Autor badał, w ciągu dni 40, przemianę materyi u chorego, któremu podawał 1) 10 gr. soli kuchennej, 2) 10 gr. fosforanu wapniowego, 3) 4 gr. soli i 8 gr. fosforanu wapniowego.

Badanie podzielone zostało na dwa duże okresy, okres żywienia się pokarmami mięszanymi i okres dyety mięsnej. Każdy z okresów rozpadał się na trzy mniejsze.

Okazało się 1), że bez względu na dyetę wapno powiększa wydzielanie azotu, a zmniejsza wydzielanie cukru (0·20 do 70 grm. dziennie); 2) chlorek sodowy zmniejsza wydzielanie azotu, wapna i fosforu, zwiększa natomiast wydzielanie cukru, 3) tłuszcz (masło) zmniejsza wydzielanie azotu i chloru, zwiększa wydzielanie fosforu i wapna, zmniejsza bardzo nieznacznie wydzielanie cukru.

Autor dochodzi do wniosku, że pozbawienie ustroju soli wapiennych odbić się musi na stanie ogólnego odżywiania i przypuszcza, że zwykła przyczyna śmierci może z tego powodu pochodzić. Wobec tego, że dodawanie wapna do potraw nietylko nie szkodzi choremu, ale owszem, wpływa dodatnio na wydzielanie cukru, radzi autor stósować wapno w każdym przypadku cukrzycy. Bezskuteczność leczenia solami sodowemi nie przeczy wnioskom autora, ponieważ sole sodowe łatwiej wydzielane zostają i trwałego wpływu wywrzeć nie są w stanie. Obok zastępowania wydzielonego wapna, sole wapienne mają zobojętniać wysoką kwasotę ustroju w cukrzycy, która to kwasota wyraża się w stale spotykanem zwiększeniu soli amonowych. *M.*

V. Wyciągi.

Dr. G. Kobler (Sarajewo): **Objawy ze strony nerek w zaparciu żywota i kolce kiszkowej.** *(Wien. klin. Wochenschrift*, Nr. 20, 1898). Autor spostrzegał wielokrotnie w osadzie moczowym w zaparciu żywota i w kolce kiszkowej, wałeczki szkliste, przybłonkowe, komórki przybłonków nerkowych, ciałka wypocinowe, ciałka czerwone krwi, przyczem znajdowało się nieco białka, lub też nie można było nawet go wykazać. Po kilku dniach stan ten mijał bez żadnych śladów. K. tłómaczy te objawy wpływem bólu, który jest czynnikiem głównym, sprowadzającym odruchowo skurcz naczyń nerkowych i w następstwie przemijające uszkodzenie przybłonków nerkowych. Opiera się to również na ścisłym związku pomiędzy poszczególnymi narzadami brzusznymi.

Dr. St. Eljasz-Radzikowski.

Slawyk: **O wczesnym, dotychczas nieznanym, objawie odry.** *(Deut. med. Wochschft.*, Nr. 17, 1898). Lekarz amerykański Kopplik, ogłosił przed kilku laty swe spostrzeżenia, że w okresie zwiastunów odry, w którym to czasie odry stanowczo rozpoznać nie można, pojawiają się na błonie jamy ust śluzowej, a zwłaszcza po wewnętrznej stronie policzków, cechujące plamki.

Slawyk potwierdza spostrzeżenia Kopplika, znalazł bowiem podczas epidemii odry w r. 1897 plamki K. w 86.5% przypadków odry, przyniesionych do szpitala w okresie jej rozwoju, nadto 31 razy na 32 przypadki chorych, zapadłych w szpitalu na odrę.

Plamki te są koloru niebieskawo bladego, połyskujące, lekko wyniosłe, okrągławe, średnicy 0·2—0·6 mm. Spotyka się je na błonie śluzowej po wewnętrznej stronie policzków, na błonie śluzowej warg, na dziąsłach, a czasem na języku, zwykle w środku zaczerwienionej błony śluzowej w okolicy dolnych zębów trzonowych. Liczba tych plamek dochodzi 6 do 20 po każdej stronie, a czasem i więcej. Plamki te nie zlewają się nigdy, zjawiają się zwykle w 1 szym lub 2-gim dniu zwiastunów, t. j. kilka dni przed pojawieniem się wysypki; ilość ich wzrasta aż do wystąpienia wysypki odrowej, a ustępują zwykle z chwilą jej zblednięcia. Z liczby tych plamek Kopplika nie można wnosić o przebiegu i natężeniu zakażenia odrowego.

Plamek tych nie spostrzegano przy żadnej innej chorobie, przeto S. uważa je za pewny objaw zwiastunowy odry, ułatwiający rozpoznanie tej osutki w wczesnym okresie.

Gr.

Dr. Bernstein: **Leczenie ooforyną połogowego rozmiękczenia kości.** *(Münchener medicinische Wochenschrift*, Nr. 14, 1898). Ooforynę, w postaci kołaczyków, zawierających miąższ jajnika, stosował już w zeszłym roku Senator w połogowem rozmiękczeniu kości. Na myśl podawania tego środka naprowadziła go analogia, jaką upatrywał między chorobą Basedowa a połogowem rozmiękczeniem kości. W obydwóch bowiem powyższych cierpieniach częściowe lub całkowite usunięcie pewnych gruczołów, a mianowicie w chorobie Basedowa gruczołu tarczykowego, zaś w połogowem rozmiękczeniu kości, jajników, wywiera, jak doświadczenie pokazało, wpływ leczniczy. Ponieważ zaś w chorobie Basedowa istota gruczołu tarczykowego, podawana w postaci kołaczyków tyreoidynowych, działać ma, według różnych spostrzeżeń, dodatnio na sprawę chorobową, zatem, przez analogię, ooforyna powinnaby również leczyć połogowe rozmiękczenie kości. Tak rozumując, podawał Senator ooforynę osobom dotkniętym rozmiękczeniem kości, nie doszedł jednak do wyników, któreby stanowczo przemawiały za swoistem działaniem w tych przypadkach istoty jajnikowej; polepszenie zaś, jakie u tych chorych zauważył, przypisuje głównie polepszeniu warunków zdrowotnych i jednostajnemu sposobowi życia, jakie osoby te prowadziły w zakładzie.

Autor stosował ooforynę w jednym przypadku połogowego rozmiękczenia kości. Chorą leczono ambulatoryjnie, a więc pozostawała w czasie leczenia dalej w tych samych warunkach, co przedtem. Z początku dziennie podawano 3, później zaś 4 kołaczyki ooforyny. Tym sposobem leczoną była chora przez 6 tygodni, ogółem wyżyła 120 kołaczyków, jednak polepszenia nie zauważono. Zaznaczyć tutaj wypada, co zresztą sam autor przyznaje, że jego przypadek należał do lżejszych. Przypady chorobowe bowiem ograniczały się głównie do boleśności kręgosłupa, kości miednicy i kończyn dolnych przy ucisku i ruchach; dalej drżenia kończyn, których siła mięśniowa była osłabioną, tudzież zniekształcenia kości podudzi, które były wygięte w dolnej trzeciej części. Zniekształcenia kręgosłupa, mostka, ani też znacznej miękkości kości nie było. Gdy lekowanie ooforyną zawiodło, uciekł się autor do podawania fosforu z tranem (w małych dawkach) i, po miesiącu takiego leczenia, uzyskał znakomite polepszenie podmiotowe i przedmiotowe. *Piotrowski.*

C. Mayer (Zurych): **O sztucznem mleku.** *(Berl. klin. Wochschft*, Nr. 19, 1898). Przez odpowiednie zmięszanie (w sposób pozostający dotąd tajemnicą wynalazcy) ciał białkowatych, cukru mlecznego, tłuszczu (masła), soli i wody możemy otrzymać mięszaninę składu dowolnego, podobną do mleka. Wynalazca sporządza dwie mięszaniny: jednę odpowiadającą składem mleku kobiecemu, czyli mleko sztuczne do żywienia osesków, drugą z większą ilością białka i tłuszczu, ale bez cukru, dla chorych na cukrzycę.

Mleko dla osesków posiada nietylko skład odsetkowy mleka kobiecego, ale zachowano nadto ważny dla trawienia stosunek albumoz do sernika tak, jak on jest w mleku kobiecem, a nie da się uzyskać w mleku krowiem. Stwierdzono też doświadczalnie, że sernik tego sztucznego mleka wypada przy krzepnięciu tak, jak sernik mleka kobiecego, t. j. w drobnych kłaczkach. W ten sposób mleko to posiada skład i własności mleka kobiecego, da się łatwo wyjałowić, posiada tę wyższość nad mlekiem krowiem, że ma stały a dowolny skład chemiczny. Doświadczenia nad strawnością tego mleka, przeprowadzone na starszych przez oznaczenie wprowadzonego i wyprowadzonego azotu, wykazały, że co do wyzyskiwania azotu mleko sztuczne nie ustępuje naturalnemu.

Po tych wstępnych doświadczeniach poczęto to mleko podawać oseskom i przekonano się, że i pod tym względem stoi ono wyżej od mleka krowiego, (w pracy niniejszej niema przytoczonych żadnych dat szczegółowych ani historyi chorób, *przypisek ref.).* Chorym na cukrzycę podawano mleko sztuczne bez cukru, słodzone sacharyną.

Zdaniem M. wyższość mleka sztucznego polega na możności dowolnego zmieniania jego składu odsetkowego; w ten sposób można będzie regulować jego skład zależnie od wskazań. *R.*

Brandis: **O kile ciężkiej** (S. gravis) **u lekarzy.** *(Deuts. med. Woch*, Nr. 21, 1898). Autor zgromadził 10 przypadków kiły u lekarzy, leczonych w Akwisgranie, u których, mimo pewnych osobniczych różnic, istniała wybitna cecha wspólności. Wszyscy ci lekarze zakazili się na palcach rąk przy badaniach położniczych, badaniach przez kiszkę stolcową, przy zabiegach na dymienicach zakaźnych, wreszcie przy operacyi martwiny kostnej. Przebieg choroby był we wszystkich przypadkach gwałtowny. Już wrzód na palcu trwał zwykle czas dłuższy z dołączeniem ropienia gruczołów pachowych, poczem występowały wrzody w gardle lub brudziec (rupia) na skórze, doprowadzający do znacznych ubytków w skórze, albo czasami szybko następowało zapalenie kości długich, lub kości nosowych, ciągnące się przez miesiące, nawet lata, a wszystkie te sprawy sprowadzały zwykle stan bardzo ciężki, bo towarzyszyły im w przebiegu wysokie gorączki i ogólne wyniszczenie. Z 10 powyższych przypadków w krótkim czasie zmarło sześciu; jeden po roku na dur, dwóch na gruźlicę (po 4—5 latach), czwarty na zapalenie płuc (12 lat), piąty w 50 r. życia, w 5 lat po wyzdrowieniu, skutkiem zwapnienia tętnic, szósty wreszcie zakończył po 3 latach samobójstwem. Zastanawiając się nad tymi przypadkami, przychodzi autor do wniosku, że nie były to zmiany trzeciorzędne, bo występowały zaraz po wrzodzie pierwotnym, dalej, że złośliwość zmian była następstwem tego, że we wszystkich przypadkach rozpoznanie było fałszywe, więc i leczenie z początku nieswoiste; następnie zaś stósowane, było już znacznie opóźnione. W tem miejscu zaznacza B., że w takich przypadkach leczenie swoiste jest stanowczo wskazanem, chociaż istnieje zapad sił i gorączka, a niezastósowanie jego uważa za przyczynę długotrwałości i ciężkości cierpienia, zwłaszcza, że późniejsze leczenie swoiste do wyleczenia doprowadziło. Co do zakażenia mięszanego, które w tych przypadkach przypuszczaćby można, to B. zdaje się wogóle nie wierzyć, jakoby ono przyczyną kiły ciężkiej być mogło. *F. K.*

Dr. Bakofen: **Styptycyna przy krwawieniu macicznem.** *(Münchener medicinische Wochenschrift*, Nr. 14, 1898). Autor podawał styptycynę (catartinum hydrochloricum) w postaci pigułek lub kołaczyków, zawierających 0·05 przetworu leczniczego i to 4—5 dawek dziennie. Przez cały czas leczenia nie podawał ogółem więcej niż 20 pigułek, względnie kołaczyków, ponieważ zauważył, że skutek występuje już po użyciu 8—15 dawek. Od lekowania styptycyną wykluczył wszystkie przypadki, wymagające zabiegu operacyjnego, jakoteż te, w których krwawienie było następstwem złego zwijania się macicy po porodzie, lub poronieniu, gdzie zatem należało usunąć resztki jaja płodowego, jeżeli te pozostały w jamie macicy, lub też, dla lepszego zwijania się podać sporysz. Styptycyną leczono przypadki krwawienia miesiączkowego u dziewic, dalej krwawienia miesiączkowego, wy-

wołanego schorzeniem miednicznej tkanki łącznej, części dodatkowych macicy lub zmian zapalnych. Najlepsze działanie styptycyny spostrzegał autor w przypadkach, w których krwawienie było następstwem zmian zapalnych. Gorsze wyniki zauważył w krwawieniu z macicy, będącem następstwem wysięków około kikutów po zabiegach operacyjnych (Stumpfexsudat), tudzież przy krwawieniu skutkiem spraw zapalnych błony śluzowej macicy. Z dobrym wynikiem natomiast podawał autor u dwóch krwawiących chorych w zakażeniu rzeżączkowem błony śluzowej macicy. Wreszcie, w czasie przejściowym (climax), w jednym przypadku krwawienia styptycyna działała bardzo dobrze, w drugim jednak, mimo stosowania leku, krwawienie utrzymywało się dalej, jakkolwiek mniejsze niż poprzód. Przy włókniakach macicy osiągnął autor, przez podanie styptycyny, tylko zmniejszenie krwawienia. Ogółem stosował B. styptycynę w 45 przypadkach, z tych w 10 działanie zawiodło, zaś w czterech skutek był wątpliwy. Jako szkodliwe działanie uboczne wymienia autor nudności i biegunkę, tudzież ból głowy, który wystąpił u dwóch chorych. Na podstawie tych spostrzeżeń nie uważa B. wyników, otrzymanych przy leczeniu styptycyną, za zbyt pomyślne. Wyniki te są gorsze od osiągniętych przez innych autorów; autor jednak jest tego zdania, że dotychczasowe wyniki nie powinny wcale zniechęcać od dalszego wypróbowania tego środka. *Piotrowski.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki

Badając różne przetwory, sporządzane z „gruczołu tarczykowego“, przekonał się Lanz (Berlin. kl. Wochschrft, Nr. 17, 1898), że równie dobrze, jak gruczoł barani, da się użyć do celów leczniczych gruczoł z cielęcia lub świni. Wystarczy świeży, rozgnieciony gruczoł wysuszyć w ciepłocie 70—80°. Ważnem jest, że nie jod i nie jodotyryna są skutecznymi składnikami tych przetworów, gdyż psy, którym wycięto gruczoł tarczykowy i podawano jodotyrynę, ginęły. Najwięcej skutecznym jest, zdaniem autora, przetwór, uzyskany przez strącenie kw. garbnikowym ciał białkowatych, zawierających jod (przyrządzany przez fabrykę Hoffmann La Roche), nazwany Aiodyną; 10,0 tego przetworu odpowiada 100,0 świeżego gruczołu tarczykowego. Zawartość jodu wynosi 0·4%. W doświadczeniach na zwierzętach okazała się Aiodyna skuteczniejszą od tyrojodyny. Dobre wyniki lecznicze osiągnięto w przypadku wola, który, pod wpływem kilkodniowego podawania, aiodyny, znacznie się zmniejszył. Dawka (w pigułkach) wynosi 0·1—0·3, aż do 0·5 „pro dosi“. R.

Według przepisu, zaczerpniętego z „Boston. med. and. surg. Journ.“, można smak chininy znacznie poprawić, zapisując ją podług następującego wzoru:

Rp. Chinini sulf. 4,0
Acidi citrici 10,0
Syrup. simpl.
Syrup. cort. aur. aa 1,0
Aquae dest. ad 20,0

DS. 10 kropli tej mięszaniny wlewa się do kieliszka wody, w której rozpuszczono 0·3 „Natrii bicarbon.“ i wypija się w czasie burzenia. R.

Oraison (Bordeaux) podawał chorym na przerost gruczołu krokowego wyciąg glicerynowy, wodny lub wysuszony, gruczołu krokowego z koni lub byków i to w dawce dziennej 0,2—0,8 proszku, a 10—30 sześcien. cnt. wyciągu. Przetwór ten nie miał żadnego wpływu na skład moczu; jednak u 5 chorych, z siedmiu leczonych przypadków w okresie zatrzymania moczu, wywołał bardzo wybitne polepszenie, w dwóch zaś — tylko małe. F. K.

„Gonorol“, wprowadzony do leczenia rzeżączki, zawiera wszystkie połączenia wyskokowe, zawarte, w drzewie santałowem, którym należy przypisywać działanie w olejku santałowca; jest on bezbarwnym olejem, o słabym tylko zapachu, łatwo rozpuszczalnym w 3 cz. 70% wyskoku. (Pharm. Zeit. 1898, 29). F. K.

„Tanoform“, przetwór powstały przez strącenie mięszaniny rozczynów taniny i formaliny kwasem solnym, jest proszkiem barwy czerwonawo-białej, bez smaku i zapachu, w wyskoku i alkaliach łatwo rozpuszczalnym; Hesse (Darmstadt) gorąco go zaleca bardzo do użycia zewnętrznego przy odleżynach, zgorzeli w przebiegu moczówki cukrowej, wypryskach sączących, zachwalając jego własność wysuszającą. Podobnie działa w różnego rodzaju wrzodach na prąciu, podudziu w szczelinowatych owrzodzeniach otworu stolcowego, wreszcie na rany po zabiegach chirurgicznych. Jako środek swoisty używa go Hesse w postaci posypki w poceniu się rąk i nóg (1 cz. tan. 2 cz. łojku). W wypryskach i owrzodzeniach najlepiej działa 10% maść. (Wr. med. Bl. 1898, 20). F. K.

Unna leczy obecnie wrzody miękkie, położone na przystępnych miejscach, w ten sposób, że obmywa wrzód i jego otoczenie mydłem i rozczynem sublimatu, zamraża chlorkiem etylu i ścina następnie cały wrzód ostrą brzytwą; krwotok tamuje laseczką lapisu, poczem posypuje jodoformem i zakłada opatrunek z mułu cynkowego; 2—4-krotna zmiana takiego opatrunku wystarcza do wyleczenia. (Mon. f. pr. Derm.). F. K.

Na mocy badań porównawczych kwi wypowiadają Colombini i Simonelli zdanie, że jodek sodowy nie zastępuje w leczeniu kiły jodku potasowego, są bowiem przekonania, że w tym razie wynik leczniczy nie następuje tylko wskutek działania samego jodu, lecz i zasady z jodem podawanej. (Giorn. ital. d. mal. ven.). F. K.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 4 maja, 1898 r.

Przewodniczący: Kol. Prof. Dr. Jakubowski. Członków obecnych 33.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. prezes podaje do wiadomości członków pismo Towarzystwa technicznego, zapraszające do wzięcia udziału w wycieczce do Bielan, celem obejrzenia prac wodociągowych.

II. Kol. prof. Dr. Wachholz wygłosił odczyt: O formalnych przewinieniach lekarskich.

(Odczyt ten ogłoszony będzie w »Przeglądzie Lekarskim«).

III. Kol. Dr. Starzewski (z Tarnowa) wygłosił odczyt: »O zapobieganiu gorączce połogowej«.

(Rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie Lekarskim«).

Odczyt kol. Starzewskiego wywołał żywe rozprawy:

Kol. Bier nie zgadza się z twierdzeniem prelegenta, jakoby sprawa udzielania odporności przeciw paciorkowcowi zapomocą surowicy zwierząt, szczepionych zarazkiem tym, była tak pewną i specyficzną, jak ją kol. prelegent przedstawił. Jakkolwiek doświadczenia Marmorka, Garcii i Pane, oraz wielu innych, udowodniły, że zwierzęta nabywają odporności czynnej przy stósowaniu zarazka, to doświadczenia Marmorka w kierunku odporności biernej, zapomocą surowicy zwierząt czynnie uodpornionych, są niedostateczne, a wyniki dodatnie wykazane przez niego polegają najprawdopodobniej na nieściśle skreślonej minimalnej dawce śmiertelnej. Aronsohn, Bornemann i Schenk, którzy stósowali dawki większe, zdołali tylko w małej liczbie przypadków uchronić zwierzęta doświadczalne od śmierci i to przy stósowaniu znacznych dawek surowicy 0·10—0·50 ctm.³; Petruschky zaś chronił zwierzęta od śmierci zapomocą surowicy obojętnej. Korzystne wyniki doświadczeń można sobie zatem tłómaczyć korzystnym odczynem ustroju, wywołanym stósowaniem surowicy tak, jak przeciw różnym innym śmiertelnym zarazkom zdołano chwilowo u zwierząt wywołać, stósując im bądź równocześnie, bądź nieco wcześniej przed zadaniem zarazka wyciągi z różnych narządów ustroju zwierzęcego i nukleoalbuminów. Surowica przeciwpaciorkowcowa posiada jednak pewien wpływ na obniżenie się ciepłoty przy róży (doświadczenia kol. Gorskiego w szpitalu św. Łazarza) i przy posocznicy, jak tego dowodzi przypadek z kliniki prof. Obalińskiego.

Kol. Gertler zaznacza, że przy zakażeniu połogowem nietylko mamy do czynienia z paciorkowcem, lecz, że zakażenie takie może być wywołane obecnością prątka okrężnicowego, o którym wiadomo, że w różnych warunkach i środowiskach może przybierać na własności zakażającej i, że wstrzykując surowicę przeciwpaciorkowcową, już z góry musimy przyjąć, że nie zawsze może ona zapobiedz gorączce połogowej. Już sama surowica, wstrzyknięta podskórnie, może wywołać podniesienie ciepłoty ciała. Jeśli jeszcze uwzględnimy możliwe zakażenie ze strony pochwy innymi zarazkami, to aczkolwiek w statystyce, podanej przez prelegenta, ilość dni gorączkowych jest mniejszą przy zapobiegawczem wstrzykiwaniu, niż bez zastrzyknięcia, sądzi kol. G., że

ilość dni gorączkowych będzie jeszcze mniejszą, jeśli użyje się dawki podwójnej surowicy, a zatem w ilości 10 - 20 ctm.³. Zdanie to opiera na tem, że dawka śmiertelna hodowli paciorkowca, podana przez prelegenta, wynosi wprawdzie $^1/_{10}$ milionową ctm.³, ale dla królika wagi 1200—1500 grm., i że przy obliczaniu dawki surowicy dla ludzi dorosłych powinnaby wypaść, idąc za myślą przewodnią prelegenta, nie 5 i 10 ctm., lecz 10 i 20 ctm.

Kol. Kośmiński sądzi, że zapobiegawcze leczenie, proponowane przez prelegenta, nie prowadzi zupełnie do celu, albowiem przedewszystkiem ścisła aseptyka i antyseptyka zupełnie wystarcza; z drugiej zaś strony stosowanie surowicy możliwem jest tylko przez lekarza, a przecież trudno wymagać, żeby przy każdym porodzie lekarz był obecny.

Kol. Prof. Mars zwraca uwagę na różnice liczbowe, co do ilości operowanych w trzech kategoryach. Wszystkie warunki w szeregu położnic, którym surowicę wstrzykiwano, były gorsze, a mimo to wyniki korzystniejsze. Materyał, zestawiony przez prelegenta, jest wprawdzie jeszcze za szczupły, by można ostateczne wnioski wysnuwać, należy jednak dalsze spostrzeżenia w tym kierunku prowadzić.

Kol. Nowak sądzi, że antyseptyka i aseptyka są bardzo dobre, jak długo nie będzie czegoś lepszego. Gdyby zdołano wytworzyć surowicę, zapobiegającą każdemu zakażeniu przyrannemu, to możnaby anty- i aseptykę odrzucić, jak zużyty sprzęt; ale do takiego uniwersalnego środka zdaje się jeszcze bardzo daleko i wątpię, aby kiedykolwiek środek taki udało się znaleźć. Nasuwają się tu rozmaite trudności. Przedewszystkiem nie możemy naprzód wiedzieć, jaki drobnoustrój może w danym przypadku wywołać zakażenie, czy nim będzie n. p. gronkowiec, czy paciorkowiec ropotwórczy, czy którykolwiek z innych mikrobów, które w danych warunkach takie zakażenie wywołać mogą; nie możnaby więc nigdy być pewnym, czy się odpowiedniej użyło surowicy. Prawda, że paciorkowiec z pewnością jest najczęściej przyczyną zakażenia połogowego, ale bardzo jest prawdopodobnem, że paciorkowiec tworzy tylko jedną dużą rodzinę, kształtem do siebie podobnych mikrobów, i że tam mamy do czynienia z kilkoma gatunkami o różnej jadowitości i surowica czynna przeciw jednemu gatunkowi, może być zupełnie niezdatną przeciw innemu. A przytem, co do surowicy przeciwpaciorkowcowej, to jak dziś sprawa stoi, można powiedzieć, że surowica ta jeszcze niema należytej siły i jest dopiero muzyką przyszłości.

Niewątpliwie, że wskazanem jest podejmowanie doświadczeń, osobliwie w klinikach, z wszystkimi nowymi środkami, a szczególnie należy do nich surowica przeciwpaciorkowcowa; lecz wyniki, jakie się tam otrzyma, trzeba nader ostrożnie podawać do wiadomości szerszego grona lekarzy, bo statystyka, to rzecz bardzo elastyczna i często niechcący przeciągnie się ją w tę lub ową stronę — i na podstawie statystyki nie zawsze pewne można wysnuwać wnioski, a przedwczesnem rozstrzygnięciem jakiejś sprawy możnaby więcej przynieść szkody niż pożytku.

Taka surowica z niewypróbowaną siłą i wątpliwymi skutkami, oddana do rąk ogółu lekarzy, jako środek na pewne zapobiegający zakażeniu połogowemu, mogłaby się stać w ich ręku bronią niebezpieczną, boby ich uwolniła od przestrzegania zasad anty- i aseptyki, coby mogło za sobą pociągnąć nieobliczone skutki. Sądzę więc, że zdanie, co do wartości surowicy przeciwpaciorkowcowej, winien, szczególniej położnik, wypowiedzieć niesłychanie ostrożnie, tem bardziej, że cała ta sprawa surowicy przeciwpaciorkowcowej znajduje się dopiero w okresie prób i to, jak dotychczas, mało pocieszających. (Streszczenie własne).

Kol. Gertler na zapatrywania kol. Nowaka się nie zgadza, a to na podstawie doświadczeń, czynionych w Zakładzie prof. Bujwida przy przyrządzaniu surowicy przeciwpaciorkowcowej, gdzie zauważył, że ten sam paciorkowiec może przyjąć różną postać, zależnie od podłoża, a nawet na tem samem podłożu.

Do wytwarzania surowicy przeciwpaciorkowcowej użył kol. G. z początku samego paciorkowca z jednej, zupełnie oddzielonej kolonii, o łańcuszkach dość długich. Przez przeszczepianie z królika na królika stawał on się coraz krótszym, a przy przeszczepianiu około 300-em, otrzymał we krwi diplokoki, nieco od strony zewnętrznej zaostrzone, a niektóre z nich były z otoczkami, bardzo wyraźnemi. Sądząc, że może było zanieczyszczenie diplokokiem posocznicy dla królików, musiał się cofnąć o kilka pokoleń wstecz, aby zaszczepić królikowi czystą hodowlę paciorkowca. Po kilkunastodniowem przeszczepianiu krwi z królika na królika obraz poprzedni się powtórzył. Wówczas postanowili wspólnie z prof. Bujwidem tę sprawę rozjaśnić. Wziął tedy krew, okazującą pod mikroskopem owe diplokoki i przeszczepił na różne pożywki i tu pokazała się morfologia naszego paciorkowca. I tak, gdy przeszczepił krew na bulion cukrowy, wyrosły diplokoki jak we krwi królika; na bulionie alkal. 2% z surowicą ludzką (2:1) wyrosły b. piękne łańcuszki; na bulionie kwaśnym 2% z surowicą ludzką jeszcze obficiej; na agarze wyrosły kolonie b. wyraźne, które, przy badaniu mikroskopowem okazywały łańcuszki b. długie, obok siebie leżące, a po 2—3 dniowem badaniu, obraz kształtów degeneracyjnych.

Aby się przekonać, czy przypadkowo nie mamy do czynienia z różnymi drobnoustrojami, przeszczepiliśmy z hodowli bulionowo-surowiczej, w której były b. ładne łańcuszki, $^1/_{1\cdot000000}$ ctm.³ podskórnie królikowi, który, po kilkunastu godzinach zginął. We krwi, zamiast łańcuszków, znalazłem diplokoki, które znów, przeszczepione na różne podłoża dały poprzednio wspomniany wynik, tak, iż przypuścićby można, że gdyby króliki dłużej zostały przy życiu, zamiast diplokoków moglibyśmy znaleźć łańcuszki, albo że krew królika stanowiła taką glebę dla naszego łańcuszkowca, jak bulion cukrowy. Zaszczepione króliki temi różnemi postaciami paciorkowca, przy równoczesnem stosowaniu surowicy, ocalały, coby nie było nastąpiło, gdyby dla różnych kształtów łańcuszkowca, różną stosowaćby trzeba surowicę.

Kol. Bier nie zgadza się z zapatrywaniem kol. Gertlera, jakoby istniał tylko jeden gatunek paciorkowców. Ani morfologia, ani biologia nie pozwala na ścisłe rozstrzygnięcie tej sprawy. Jakkolwiek udowodnionem jest, że paciorkowiec posocznicy może wywołać otok ropny, różę i na odwrót paciork. róży flegmonę i posocznicę, to obecność paciorkowców w kale, spotykanych przez Kleina i Eschericha, w przypadkach złośliwej biegunki u dzieci, i dla niej przez tych autorów za jedyną przyczynę uznanych (przez koll. Nowaka i Ciechanowskiego — przy czerwonce), nasuwają przypuszczenie, że istnieją paciorkowce, które dla pewnych postaci zmian chorobowych są charakterystyczne. Paciorkowce te pod względem biologicznym różnią się od paciorkowców róży i posocznicy.

Kol. Braun jest zdania, że anty- i aseptyka nie dają całkowitej pewności przeciw gorączce połogowej, wita przeto pracę kol. prelegenta z wielkiem uznaniem

Kol. Starzewski zaznacza na wstępie, że ze względu na brak czasu, niemoże szczegółowo odpowiedzieć każdemu z poprzednich mowców i musi z przykrością pominąć poruszoną w dyskusyi sprawę jednolitości wszystkich gatunków paciorkowca ropotwórczego. Zdaniem jego, doświadczenia Marmorka i Zenoniego przemawiają stanowczo za wspólnem pochodzeniem paciorkowców ropotwórczych. Że surowica Marmorka, jako środek leczniczy, okazała się bezskuteczną, zgadza się mowca w zupełności; nie wpływa to jednakże na jej wartość zapobiegawczą przeciw zakażeniu paciorkowcem ropotwórczym. Świadczą o tem doświadczenia Marmorka i Zenoniego, przeprowadzone na zwierzętach, i doświadczenia kol. St. na położnicach w lwowskiej klinice kobiecej. Analogicznie zachowuje się surowica przeciwtężcowa, która zupełnie nie działa po wystąpieniu pierwszego napadu skurczów, a okazała się absolutnie pewnym środkiem ochronnym.

Z zapatrywaniem kol. Kośmińskiego, jakoby dla klinik i oddziałów szpitalnych zupełnie wystarczały dzisiejsze środki zapobiegawcze gorączce połogowej (anty- i aseptyka), gdyż w dobrze urządzonych zakładach odsetek śmiertelności jest nieznaczny, absolutnie zgodzić się nie można. Te małe odsetki, złożone razem, dają rocznie wielkie sumy ofiar życia ludzkiego. — smutny dowód doskonałości naszych dzisiejszych środków zapobiegawczych. Również nie można się zgodzić z twierdzeniem tego kolegi, że lepszy nadzór i wyćwiczenie akuszerek, mogą wywrzeć stanowczy wpływ na szerzenie się gorączki połogowej poza murami zakładów. Warunki, w jakich przeważna część akuszerek, a także i lekarzy, praktykuje, są tego rodzaju, że o przeprowadzeniu ścisłego postępowania aseptycznego mowy być nie może.

Rzeczywiste dodatnie wyniki, osiągnięte zapomocą szczepienia ochronnego surowicą Marmorka położnic zakładu lwowskiego, przemawiają najwymowniej przeciw podniesionym teoretycznym zarzutom i powinny, zdaniem mowcy, zachęcić do dalszych analogicznych badań w tym kierunku, celem wyświetlenia ostatecznej prawdy.

Sekretarz doroczny: *Dr. Xawery Gorski.*

VIII. KORESPONDENCYE.

Londyn, w czerwcu.

Z przelotnego pobytu w Anglii trudno wynieść coś więcej, oprócz garstki ogólnikowych wrażeń; wzmianka o nich zdoła jednak może zachęcić niejednego z kolegów, wybierających się na zachód, do przeprawy za kanał, nie wymagającej zbyt wielkiego wydatku, a ponętnej przez to, że stosunki lekarskie angielskie znacznie różnią się od tego, co istnieje na kontynencie. Pominąwszy sam ustrój nauk lekarskich, opisywany przed kilku laty wyczerpująco w „Przeglądzie“ przez Dra Gustawa Piotrowskiego, a ujęty w odrębne i kto wie, czy nie lepsze od naszych, formy, musi każdego przybysza zaciekawiać szpitalnictwo kraju, który rozporządza wyższą nad potrzebę liczbą zakładów leczniczych, pomimo, że ich powstanie, byt i rozwój opiera się wyłącznie na dobrowolnej ofiarności, nie nakładając na ludność żadnych przymusowych ciężarów podatkowych. Do jak wysokiego stopnia wyrobiło się tu poczucie społecznego obowiązku, świadczy cyfra 40.000 funtów szterlingów (przeszło 400.000 złr.), zbierana rokrocznie na szpitale w samą tylko „Hospital Sunday“, t. j. jedną Niedzielę co roku (właśnie 12 Czerwca r. b.), wyłącznie na to przeznaczoną; ta suma pochodzi z samych tylko składek po kościołach i zborach, oprócz tego jednak w jedną z Sobót roku („Hospital Saturday“) po wszystkich rogach ulic zasiadają damy angielskie, wyciągając rękę po jałmużnę dla cierpiących i gromadząc zazwyczaj jeszcze 15 do 20 tysięcy Ł. (funtów szterlingów). Reszta, potrzebna do utrzymania szpitali, gromadzi się z drobniejszych składek, rozmaitych prywatnych darowizn i fundacyj, małą zaś cząstkę stanowią także opłaty, pobierane od zamożniejszych chorych; zresztą bowiem olbrzymia większość chorych, leczoną jest zupełnie bezpłatnie. I tak n. p. w roku ubiegłym wynosiły wydatki wszystkich szpitali londyńskich 812.339 Ł. (przeszło 8 milionów złr.); na pokrycie tych wydatków uzyskano ze składek 433.880 Ł., a więc więcej niż połowę, z dochodów majątków szpitalnych 208.140 Ł., z zapisów i fundacyj 193.418 Ł. — z opłat od chorych tylko 56.196 Ł. Za te ogromne sumy utrzymuje się w szpitalach londyńskich, których jest wogóle 32, prawie 10.000 (dokładnie 9.526) łóżek, z rocznym ruchem 95.783 chorych. Nie liczę tu zupełnie szpitali dla chorób zakaźnych, które rozporządzają taką samą prawie liczbą łóżek, lecz w czasach wolnych od chorób nagminnych nie działają; urządzenie tych szpitali zapasowych, pobudowanych przeważnie w czasach ostatnich, jest wzorowe, a niejeden kraj mógłby pozazdrościć, nawet tych budowli, które były stawiane niby tymczasowo, jak szpital dla chorych na ospę w południowej stronie miasta, obecnie stojący na szczęście pustką. Ale nawet zwykłe szpitale wystarczają widać aż nadto na potrzeby ludności, skoro w roku ubiegłym zajętych było tylko 7.075 łóżek z przytoczonej wyżej liczby. Oprócz tego istnieje, bądź to przy szpitalach, bądź niezależnie, kilkadziesiąt bezpłatnych lecznic dla chorych przychodnich („dyspensary“), które udzieliły porady w r. z. 1,474,669 osobom. Jak przystało na ojczyznę Listera, celują szpitale londyńskie przedewszystkiem ilością przypadków chirurgicznych (828.276); na choroby wewnętrzne przypada znacznie mniej (533.726), a uderzająco nieprawdopodobną jest wśród tej gromady podana przez statystykę zeszłoroczną liczba gruźliczych: 46.120, nawet w porównaniu z nizką śmiertelnością z gruźlicy w Londynie.

Odpowiednio do tego, że tutejsze szpitale wzięły początek z funduszów prywatnych, najwięcej tu niewielkich zakładów, liczących ledwo po 100 łóżek, lub nawet mniej. Kilka tylko lecznic rozporządza większą ich liczbą, po 500 do 600, i do tych lecznic są przyłączone szkoły lekarskie, stanowiące, jak wiadomo, coś odrębnego od „University“, który jest wyłącznie zajęty egzaminowaniem wychowanków rozmaitych szkół i przyznawaniem dyplomów. Dokładniej z urządzeniami i statystyką szpitali londyńskich można się zapoznać z rocznika, wydawanego przez H. Burdetta, p. t. „Burdett's Hospital and Charities i t. d.“ (The Scientific Press, Ltd. 28 & 29, Southampton Street, Strand, London W. C.).

Nie spodziewając się znaleźć w nowszych i bogatszych szpitalach, n. p. św. Tomasza, znacznych różnic od nowoczesnych zakładów na kontynencie, ciekawszy byłem, jak sobie radzą szpitale mniej zamożne i pomieszczone w starych budynkach i dlatego zwiedziłem dokładniej Guy's Hospital“, znany powszechnie z bogatych w treść swoich roczników. Przeważna część sal tego szpitala mieści się w starych gmachach, omal że pamiętających założyciela (1721 r.), bogatego londyńskiego księgarza, mimo to jednak wypełniających dobrze swoje zadanie, ponieważ dzięki temu, że szpitale nie są tu przepełnione i nie potrzeba zapychać sal brankardami, mógł szpital Guya rozdzielić swoje 470 łóżek na wielkiej przestrzeni, wynagradzając w ten sposób niedostateczną wysokość sal. Idąc za wymaganiami nowoczesnej chirurgii, a stosując się do środków materyalnych, zamknięto się ze wszystkimi zabiegami w małym pokoju, urządzonym odpowiednio, a zaniechano wogóle operacyj przed wielkiem audytoryum w obszernym drewnianym amfiteatrze. Urządzenie obecnej salki operacyjnej nie grzeszy przesadą, a może nawet nie wolne jest od błędów, które ma wynagradzać skrupulatna antyseptyka. Na braku środków, na stworzenie wzorowej dużej sali, wychodzą na razie źle tylko słuchacze połączonej ze szpitalem szkoły lekarskiej, jednej z 3 większych londyńskich, a liczącej obok kilkudziesięciu internów, 600 przychodnich słuchaczy. Interni zamieszkują osobne koszary, stojące tuż obok szkoły, zaopatrzone w bibliotekę, salę gimnastyczną i t. d., a zalety tego urządzenia nie trudno ocenić, widząc życie i pracę, jakie wrą w szpitalu, dzięki temu, że uczniowie znajdują w nim wszystko i nic ich nie odrywa i nie oddala od studyów zawodowych. W samej szkole widać na każdym kroku zresztą starania, skierowane ku celom pedagogicznym, wysuniętym najzupełniej na pierwszy plan. Możnaby nawet zarzucić, że pracownie profesorów i asystentów zbyt są skromne i ciasne, że badania naukowe usunięto w szkole zanadto w cień. Za to studenci rozporzadzają znakomitymi środkami, a choć w niektórych działach muszą znosić ciasnotę, aż do ukończenia nowych budynków, to takiej pracowni chemicznej, lub tak obszernego zakładu fizyologicznego, jak w szpitalu Guya, tylko zazdrościć można. Zakład fizyologiczny daje w pracowniach pomieszczenie stu studentom; setka, pracująca w sali dla doświadczeń fizyologicznych i histologii, ma na każdym stoliku pod ręką gaz, wodę, elektryczność, motor mechaniczny i próżnię. Równie wygodnie urządzoną jest ogromna sala chemii fizyologicznej i t. d. Bogate i wzorowo uporządkowane i zachowywane zbiory anatomopatologiczne dają w ręce każdego studenta, oprócz paru tysięcy okazów naturalnych, przepyszny zbiór odlewów (moulage), który swoimi kilkuset okazami wypełnia zadanie bardzo właściwe, gdyż nie wykracza poza zakres chorób skórnych. Warto wspomnieć o praktycznym pomyśle, zapewniającym studentom wszelkie korzyści ze zbiorów muzealnych, a usuwającym potrzebę osobnego personalu pomocniczego, który musiałby być bardzo liczny, aby wystarczyć liczbie i pilności studentów, badających okazy anatomopatologiczne. Pomysłem tym jest drukowany kilkotomowy katalog, w którym, pod opisem dokładnym preparatu, pomieszczona jest krótka historya choroby odpowiedniego przypadku, zawierająca najważniejsze i pouczające szczegóły z pominięciem niepotrzebnego balastu. Zasługuje też na wzmiankę praktyczna szkoła dentystyki, pomieszczona w szpitalu, a licząca, wśród swoich stu kilkudziesięciu wychowanków, sporą garstkę słuchaczy medycyny. *S. C.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 30 Czerwca.

VIII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu od 1—4 Sierpnia r. b.

W dalszym ciągu zapowiedzieli odczyty:

216) Nussbaum Henryk z Warszawy: „O wahaniach fizyologicznych odporności“. 217) Tenże: „O wpływie laktacyi na powstawanie neuroz“. 218) Dr. Zakrzewski Franciszek z Poznania: „O zwężeniach odźwiernika“. 219) Tenże: „Jaką dyetę mamy stosować przy nadkwasocie żołądka“. 220) Dr. Noiszewski Kaźmierz z Dynaburgu: „Geometrya wykreślna i wyobrażenia wzrokowe“. 221) Prof. Królikowski ze Lwowa: „O doszczętnej operacyi przepuklin u koni“. 222) Tenże: „O operacyjnem leczeniu podwinięcia powieki u psów“. 223) Dr. Spira z Krakowa: „O wstrząśnieniu błędnika usznego“. 224) Dr. Rzewuski Romuald z Arcugowa: „O etyologii ciepła zwierzęcego“. 225) Dr. Ludwik Górecki z Paryża: „O ichtyolu w terapii ocznej“. 226) Tenże: „Jednostronna papilloretinitis“. 227) Prof. Jordan z Krakowa: „W sprawie symphyseotomii“. 228) Dr. Teodor Bałłaban ze Lwowa: „Cyklochrom“. 229) Dr. M. Hager z Pszczewa: „Przypadek ostrego zapalenia oka wskutek liszek muchy w spojówce“. 230) Dr. Wlazłowski z Międzychoda: „Metoda leczenia krupu bez tracheotomii“. 231) Dr. Kazimierz Jarnatowski z Wrocławia: „O teraźniejszym stanie nauki chorób błony łącznej i rogowej, spowodowanych drobnoustrojami“. 232) Dr. Józef Chrzanowski z Poznania: „O wartości obrotu wobec ścieśnienia miednicy“. 233) Dr. Wisłocki Jan z Łodzi: „O podtrzymywaniu krocza“. 234) Dr. Stankiewicz Czesław z Łodzi: „W sprawie operacyjnego leczenia tyłozgięcia macicy“. 235) Tenże: Temat zastrzeżony. 236) Dr. Kędzior z Krakowa: „Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem piwa żelazistego na ustrój“.

* Ze względu na wzrastającą z dniem każdym liczbę odczytów, zapowiedzianych na Zjazd Poznański, uchwalił komitet gospodarczy, na ostatniem swem posiedzeniu, czas trwania Zjazdu przedłużyć o jeden dzień, aby przez to więcej pozostało czasu dla prac sekcyjnych. Na mocy tego 8 Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu odbędzie się dnia 1, 2, 3 i 4 Sierpnia r. b.

Komitet gospodarczy nadmienia przy tej sposobności, że z zapowiedzianych odczytów w pierwszym rzędzie będą te uwzględniane, których autorzy nadeślą do 3 Lipca r. b. krótkie streszczenie odczytu, a o czem szanowni prelegenci przez osobny komunikat Zarządu już zostali powiadomieni.

* W sprawie mieszkań w czasie Zjazdu raczą szanowni uczestnicy, o ile możności już teraz zgłaszać się do prezesa wydziału uroczystościowego, Dra B. Kapuścińskiego, w Poznaniu ulica Wilhelmowska Nr. 11, jeżeli chcą mieć pewność, że otrzymają mieszkanie dobre i wygodne. Zgłoszenia po 20 Lipca nie dadzą się może wszystkie uwzględnić!

* Na życzenie wielu uczestników postanowili obywatele W. Ks. Poznańskiego urządzić dla szanownych gości, w Środę, dnia 3 Sierpnia, zamiast balu, wielki raut w Bazarze, by wszystkim uczestnikom, nawet w zwyczajnych ubiorach, umożliwić wzięcie udziału w uroczystem przyjęciu ich przez obywatelstwo wielkopolskie.

* Komitet Towarzystwa lek. krak., z prezesem swym, kol. Prof. Jakubowskim na czele, wręczył w sobotę, dnia 25 b. m., kol. Drowi Józefowi Surzyckiemu adres uznania, przez Towarzystwo jednomyślnie uchwalony, za sumienne, nad zwykłą miarę gorliwe i pożyteczne kierowanie sprawami Towarzystwa, w ciągu dwuletniego sprawowania obowiązków prezesowskich.

* Stopień doktorów wszech nauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymali: Jan Opolski i Wiktor Reiss.

* Delegatami Towarz. lekar. krakowskiego na sierpniowy Zjazd poznański wybrani zostali przez Towarzystwo: Prof. H. Jordan i Prof. K. Kostanecki.

* Prof. Włodzimierz Brodowski obchodzić będzie w tych dniach 50-letni jubileusz zawodu lekarskiego. Czcigodny jubilat przebywa obecnie w Mühlau pod Insbrukiem.

* Dzienniki donoszą, że w Warszawie obchodzić będą 40-letni jubileusz pracy zawodowej Drowie: Aleksander Heinrich, Bolesław Gepner i Prof. Julian Kosiński.

* »Nowosti“ donoszą, że rosyjski minister oświaty zamierza zaprowadzić w gimnazyach tak zw. komisye sanitarne, w skład których wejdą: inspektor, lekarz i 2-ch nauczycieli. Celem takich komisyj będzie czuwanie nad stanem higienicznym budynku szkolnego i zdrowiem dzieci.

* „Prawit. Wiestn.“ ogłasza, że Dr. J. Koliński otrzymał pozwolenie na wydawanie w Łodzi „Czasopisma Lekarskiego“, pod redakcyą lekarza Seweryna Sterlinga.

* Rosyjskie ministeryum oświaty ograniczyło przyjmowanie studentów izraelitów w moskiewskim Uniwersytecie do 3%, co ma wynosić w przyszłem półroczu 30 na całą ilość studentów, a 7 na wydziale lekarskim. Przy przejściu z jednego wydziału na drugi, odsetek ten będzie również przestrzegany.

* Rząd niderlandzki powołał specyalną komisyę dla zbadania i wskazania środków, mających na celu zwalczanie gruźlicy u bydła.

* Cesarz chiński postanowił urządzić Uniwersytet w Pekinie na wzór wszechnic europejskich.

Ogłoszenie. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagrody konkursowej z funduszu zapisanego przez Dra Walentego Koczorowskiego:

1) Anatomia patologiczna i warunki powstawania żylaków (Varices).

2) Zmiany anatomo-patologiczne w oddzielonej siatkówce (retina).

3) Zbadać o ile w rakach wtórnych zachowują się właściwości nowotworów pierwotnych.

4) Badania bakteryologiczne różnych postaci zapalenia pęcherza moczowego (aptitis).

5) Zmienność położenia serca, zależnie od pochyleń ciała.

6) Sprawdzić (Grumnach) zależność pomiędzy szybkością fal tętniczych a arteriosklerozą.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 Marca 1899 r.

Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych 6-ciu tematów, wyznacza się nagroda Rs. 300. Rozprawa nagrodzona wydrukowaną będzie nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Prace mają być nadesłane w rękopisach, czytelnie napisanych, pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania, mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza Stałego, Członek Zarządu. *W. Kosmowski.*

* Sprawa depopulacyi we Francyi nie jest nową: „Journal des Debats“ podaje, że w r. XI Rzeczypospolitej niejaki Dr. Robert wydał książkę pod tyt. „O wpływie rewolucyi francuskiej na naród“. W książce tej autor doradza energiczne zwalczanie klęski starokawalerstwa, a to nie przez obłożenie grzywną lub podatkami starych kawalerów, lecz wynajduje na tych „opornych“ karę dotkliwszą, polegającą na zmuszeniu ich do używania budzącej pogardę liberyi koloru zwiędłego liścia lub burej barwy dzikiego zwierza.

Mianowania: Dr. W. Fossel, mianowany został prof. nadzwyczajnym historyi medycyny w Gradcu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Medycynie* Nr. 26: Luxenburga J.: O praktycznem znaczeniu badania krwi u chorych nerwicowych. Dra Neugebauera Fr.: Przyczynek do nauki o urazach narządów moczopłciowych kobiecych *sub coitu* (c. d.). W *Gazecie lekarskiej* Nr. 26: Janowskiego Wł.: Zmienność naprzemienna w napięciu tętna. Stróżewskiego K.: Syfilis dziedziczny, jako przyczyna chorób nerwowych. Neugebauera Fr.: Szereg przypadków wczesnego macierzyństwa.

Redakcya otrzymała:

— Prof. Thomayer: Sbornik poliklinický, prace z české universitní polikliniky (za r. 1897).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**